

Dona  
18 and













امراض

جلد اول



1875

1875

1875

1875

1875

1875

1875

1875

1875

1875

1875

1875

1875

Catby

1875

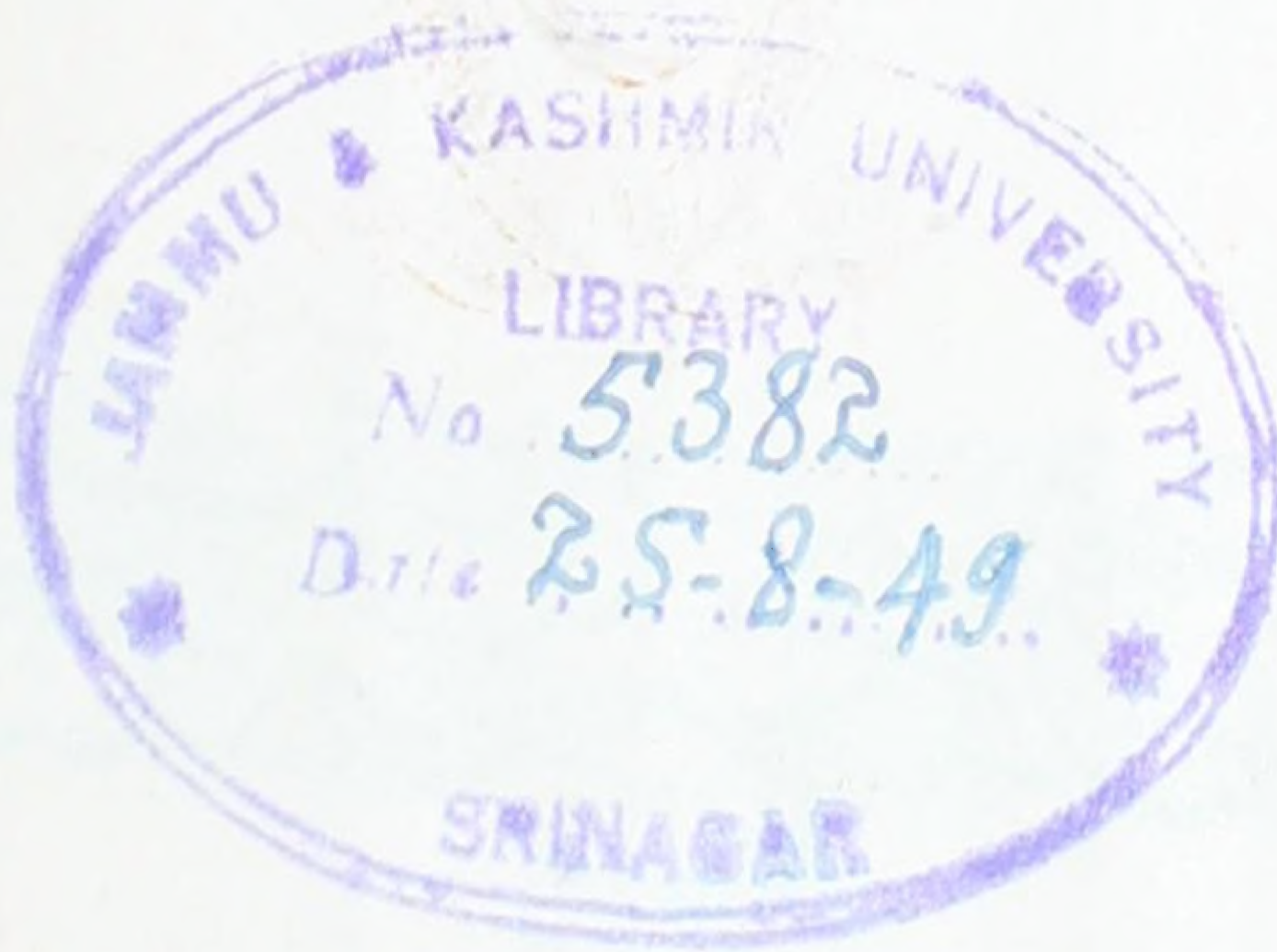
1875

1875









ST/82

یہ کتاب بلیمیر ٹنڈال و کاکس (لندن) کی اجازت سے  
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں ترجمہ کر کے  
طبع و شائع کی گئی ہے۔

618.21

ج 38



# فہرست مضامین

باب	صفحہ
۱ امتحان چشم	۱
۲ آنکھ کا موضوعی یا فعلی امتحان	۱۹
۳ معروضی امتحان چشم جو نایک مجروح میں عمل میں لایا جاتا ہے	۴۱
۴ شگافی چرغ اور قرنیہ خردبین	۷۷
۵ عوارض اجفان	۹۳
۶ آلہ رمعی کے امراض	۱۴۲
۷ امراض مخرج	۱۶۲
۸ امراض ملتحمہ	۱۹۳
۹ امراض قرنیہ	۲۶۸
۱۰ امراض صلبیہ	۳۲۳
۱۱ امراض قیزیہ	۳۳۵
۱۲ جسم ہدبی کے امراض	۳۶۶
۱۳ امراض شیمیہ	۳۷۹



## باب

صفحہ

۳۹۶

۴۰۸

۴۱۶

۱۴ رمہ مشارکی - التهاب کل العین

۱۵ دیول چشمی سلعات

۱۶ نرق الماء (گلاکوما)

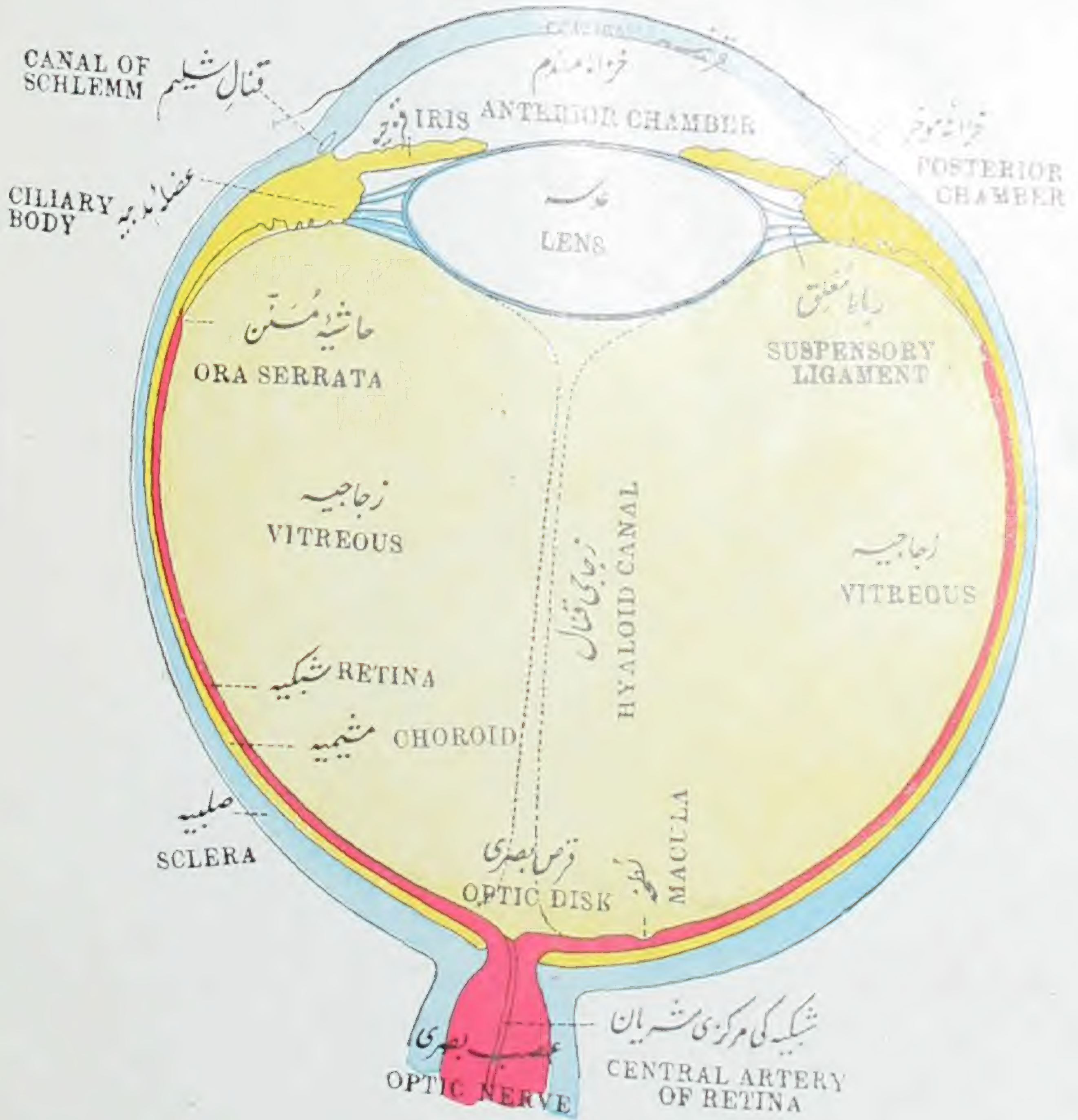
اشاریہ







صفحه ۱



شکل ۱ — کرۂ چشم کی افقی تراش ( تقریباً ساڑھے تین گنا تکبیر یا قتبہ )

مقابل سرورق



هو الله

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## DISEASES OF THE EYE

# امراض چشم

## باب اول

## امتحان چشم

عینیات (Ophthalmology) عمومی طب اور جراحی کی ایک شاخ ہے، جسے اُن سے عملاً پورے طور پر علیحدہ نہیں کیا جاسکتا۔ اسی وجہ سے تمام سند عطا کرنے والے ارباب فن نے یہ عاقلانہ فیصلہ کیا ہے کہ جس شخص کو عینیات میں مطب اور معالجہ کرنا ہے، اُسے پہلے عام امراض کے مطب اور معالجہ (general practice) کے لئے سند حاصل کرنا ضروری ہے۔ ماہر عینیات (ophthalmologist) کو چاہئے کہ وہ اپنے عام معلومات کو تازہ رکھے اور علم طب اور جراحی کی جدید ترقیات کے



تو واقف رہے۔

متعلق کم از کم کوئی موٹی بات تو اس کے لئے ضروری ہے۔  
انکے کے امور کے صرف ایسی معنی نہیں کہ ایک علامتہ عضو کی  
تفتیش کر لی جائے، بلکہ یہ مطلب ہے کہ اس عضو اور اس کے افعال کا  
خاص لحاظ رکھتے ہوئے مریض کا امتحان کیا جائے۔

ہر مریض کی تحقیق مکمل طور پر، اور ایک معین دستور العمل کے مطابق  
کرنی چاہئے، ورنہ اس امر کا اندیشہ ہے کہ مبادا کسی صریح علامت پر توجہ  
مركز ہو جائے، اور کوئی دوسری چیز، جو شاید زیادہ اہم ہے، نظر انداز  
ہو جائے۔ مبتدی کو تمام تحقیق طلب امور کی ایک فہرست مرتب کر لینی  
چاہئے، اور مریض کا امتحان کرتے وقت ہر ایک امر کا سلسلہ وار لحاظ کرنا  
چاہئے۔ البتہ جو امور اس اصابت سے متعلق ہوں ان کو چھوڑ کر  
ان امور کی تحقیق کرنا لازم ہے جو اس سے متعلق ہوں۔ بڑھتے ہوئے تجربہ  
کے ساتھ اسے شعوری طور پر اس فہرست کے مطابق چلنے کی ضرورت  
نہ رہے گی، بلکہ رفتہ رفتہ باقاعدہ تحقیقات کی عادت ہو جائے گی۔

آنکھ کا امتحان شروع کرنے سے پہلے طبیب کے لئے بہتر ہے کہ مریض  
اپنے علامات اور سرگذشت مرض کے متعلق جو کچھ کہنا چاہتا ہے، اسے  
سن لے۔ مریض کے بیان کے اہم حصوں کی یادداشت لیتے وقت خود  
مریض کا مطالعہ بھی کر لینا چاہئے۔

امتحان چشم کو معروضی (Objective) اور موضوعی (Subjective)

یا فنیسی (Functional) میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔

معروضی امتحان (objective examination) میں مندرجہ



ملحقات (appendages) اور کڑھ چشم (eyeball) کے سامنے  
 کے حصوں کا امتحان بذریعہ معائنہ (inspection) اور جس (palpation)۔  
 امتحان کا یہ حصہ دن کی روشنی میں یا مصنوعی روشنی میں انجام دیا جاسکتا ہے۔  
 قرنیہ (cornea) اور اندرون کڑھ چشم کا امتحان مصنوعی روشنی  
 کے ذریعہ تاریک حجرے (dark-room) میں، تنویر موڑب (oblique  
 illumination)، تنویر عابر (transillumination) قرنیہ خردبین  
 (corneal microscope)، منظر راین یا چشم بین (ophthalmoscope)  
 وغیرہ کے ذریعہ سے۔

## آنکھ کا بیرونی امتحان

### معائنہ

#### (INSPECTION)

مریض کو کھڑکی یا مصنوعی تنویر کے کسی مناسب منبع کے طرف رخ کئے ہوئے  
 بٹھایا جائے۔ ایک عام معائنہ سے کوئی صریح علامات جو موجود ہوں، ظاہر  
 ہو جائیں گی، مثلاً امتلاء (congestion)، صبیغے اخراج (discharge)،  
 تندمغ (lacrymation)، نور ترسی (photophobia)، آنکھوں کا  
 غیر معمولی بُروز یا اُبھار، صریح حَوَل (squint)، وغیرہ۔  
 آنکھوں کے سطحی حصوں کا معائنہ کرتے ہوئے اُن کے گہرے حصوں  
 تک پہنچنے کے لئے، ہم پپوٹوں (lids = اجفان) سے ابتدا کرتے  
 ہیں، اُن کی دبازت، رنگ اور وضع، اُن کے حاشیوں کی حالت



[آیا وہ متورم ہیں یا پیڑی دار، یا متقرح (ulcerated)]، اُن کے کھلنے اور بند ہونے کی قوت، فتوح جفنی (palpebral aperture) کی وسعت، اور نقاطِ دمعیہ (lacrymal puncta) کا محل وقوع اور نفوذ پذیری (permeability)۔ ان سب امور کو غور سے دیکھتے ہیں۔ پھر ہم تاجہ دمعی (tear-sac) کے خطہ پر پہنچ کر دیکھتے ہیں کہ آیا یہ متورم ہے اور اس کو انگشت شہادت کی نوک سے دبانے سے کوئی افرا تو نہیں خارج ہوتا؟ ازاں بعد ہم اهداب (cilia) کی حالت اور اُن کے رخ کو دیکھتے اور غور کرتے ہیں کہ کہیں اُن کا رخ تو نہیں بدلا ہوا ہے۔

اس کے بعد ہم پپوٹوں کی اندرونی یعنی ملتحمی سطحیں (conjunctival surfaces) دیکھتے ہیں، اور اس جھلی کے چکنے پن، دبازت، اور افراز (secretion) میں اگر کوئی تغیرات ہیں تو اُن پر غور کرتے ہیں، نیز اجسام غریبہ (foreign bodies) کو تلاش کرتے ہیں۔ نیچے کے پپوٹے کے ملتحمہ کو ظاہر کرنا آسان ہے، انگوٹھے کو پپوٹے کے حاشیہ کے پاس رکھ کر نیچے کی طرف دبایا جائے اور مریض اس اثناء میں اوپر دیکھتا رہے (شکل ۲)۔

۲۔ اوپر کے پپوٹے کو الٹانے کے لئے قدرے مشق کی ضرورت ہے؛ دائیں ہاتھ کے انگوٹھے اور انگشت شہادت کے درمیان مرکزی اهداب کو گرفت میں لیکر پپوٹے کو آنکھ کے ڈھیلے سے ہٹاتے ہوئے زور سے نیچے کی طرف کھینچو۔ اس اثناء میں مریض کو نیچے کی طرف دیکھتے رہنے کی ہدایت کرو (شکل ۳)۔ ازاں بعد بائیں انگوٹھے کو [یا ایک مسبار (probe)]



یعنی سلائی کو افقی رخ میں پکڑ کر [غضروف الجفن (tarsus) کے بالائی حاشیہ پر رکھو اور نیچے کی طرف دباؤ اور ساتھ ہی ساتھ پیوٹے کو بہ سرعت اوپر کی طرف اُلٹ دو۔ پیوٹے کو اس طرح پلٹا ہوا قائم رکھنے کے لئے اسی بائیں انگوٹھے کو اپنے مقام سے آہستہ سے ہٹا کر پلٹے ہوئے حاشیہ کو دباؤ اور بائیں ہاتھ کی باقی انگلیوں کو مریض کی پیشانی پر رکھو (شکل ۴)۔ مذکورہ بالا عمل سے پیوٹے کے ملتحمہ کا غضروفی حصہ ظاہر ہو جاتا ہے۔

اب اگر ہمیں اس کے بعد کے حصہ، یعنی پیوٹے کے ملتحمہ کے پس غضروفی دھراؤ (retrotarsal fold) کے معائنہ کی خواہش ہے [اور یہ تخر 4 یعنی روہول (trachoma) کے امتحان میں اہم ہے]، تو حسب ذیل عمل جاری رکھنا چاہئے: اُلٹائے ہوئے بالائی پیوٹے کے کنارے کو فوق الحجری حاشیہ (supra-orbital margin) پر بائیں ہاتھ کے انگوٹھے سے زور سے دبائیں۔ پھر دائیں انگشت شہادت سے نیچے کے پیوٹے کو قرنیہ کے اوپر لے جائیں، اور ساتھ ہی مُقلد یعنی کُرّہ چشم کو آہستہ سے پیچھے کی طرف دبائے رہیں (شکل ۵)۔

اوپر کے پیوٹے کو اُلٹانے کے لئے ایک اور بہتر طریقہ ہے جو آسانی سے سیکھا جاسکتا ہے۔ انگشت شہادت کے سرے کو اوپر کے پیوٹے کے حاشیہ سے ذرا اوپر رکھو۔ انگوٹھے کو نیچے کے پیوٹے کے حاشیہ سے ذرا نیچے رکھو۔ مریض کو نیچے دیکھنے کی ہدایت کرو۔ اوپر کے پیوٹے کو اوپر اوپر پیچھے کی طرف دھکیلو۔ ایسا کرنے سے اُس کا حاشیہ کُرّہ چشم سے دور ہو کر سامنے کو ہٹ آئے گا۔ ازاں بعد انگوٹھے سے نیچے کے پیوٹے کو اوپر کے پیوٹے کے نیچے پھسلاؤ۔ اب اوپر کے پیوٹے کو انگلی اور انگوٹھے



کے درمیان پکڑ کر فوراً انگوٹھے اور انگلی کی ایک گونہ نیم تدویری حرکت (semi-rotary movement) سے پکڑا دو۔ یہ پورا عمل مسلسل ہے



شکل ۳۔ اوپر کے پوٹے کے اُلٹانے میں پہلا قدم۔

شکل ۲۔ نیچے کے پوٹے کی بُروں گردانی یعنی اُلٹانے کی ترکیب۔



شکل ۵۔ اوپر کے پوٹے کے ملتحمہ کے پس غضروفی دہراؤ کا آشکاف۔

شکل ۴۔ اوپر کے پوٹے کو بُروں گردیدہ (اُلٹایا ہوا) رکھنے کی ترکیب۔



اور بہ سرعت آسانی کے ساتھ کیا جاتا ہے اور مریض کو بھی اس میں بہت کم زحمت ہوتی ہے۔ اس میں صرف ایک ہی ہاتھ کی ضرورت ہوتی ہے، اور پیلکوں کے بال اکھڑنے کا اندیشہ بھی نہیں رہتا۔

اس کے بعد ہم مقلہ (کسٹہ چشم) کے معائنہ کے لئے آگے بڑھتے ہیں اور دیکھتے ہیں کہ وہ محجر (orbit) یعنی خانہ چشم میں اپنے طبعی مقام پر ہے یا آگے نکلا ہوا ہے (exophthalmos = محفوظ العین شکل ۱۰۱ صفحہ ۸۹) یا اندر گھس گیا ہے (enophthalmos = غور العین)۔

استبصاری محوروں (visual axes) کے لحاظ سے کرات چشم کی وضع کا تسری اندازہ کرنا چاہئے۔ ہم دیکھتے ہیں کہ آیا دونوں محور مشاہدہ کردہ شے پر ملتے ہیں یا نہیں؟ اس کا اندازہ کرنے کے لئے مریض کی آنکھوں کے سامنے تقریباً ایک فٹ فاصلہ پر ایک انگلی رکھ کر اسے ہدایت کی جاتی ہے کہ اس کی طرف نظر جما کر دیکھتا رہے۔ اب اگر محور منحرف ہیں تو ہم اس امر کے متعلق تحقیقات کرتے ہیں کہ مریض کے کسٹہ چشم میں کسی سمت میں فقدان حرکت (paralysis = شلل) تو نہیں ہے، یا عضلی توازن میں کوئی نقص

نقص (heterophoria = وگرچہ یا صریح) (squint or strabismus = خول) تو موجود نہیں ہے؟ (اس کی توضیح ۲۶-۲۸ بابوں میں کی گئی ہے)۔

اب غور کرنا ہوگا کہ آیا بصلی ملتحمہ (bulbar conjunctiva) میں کوئی اذیہ یا تہج (chemosis) یا مقلہ (کسٹہ چشم) کے سامنے کے حصہ میں استلاء (congestion) تو نہیں ہے؟ اگر مؤخر الذکر (یعنی استلاء) موجود ہے تو احتیاط کے ساتھ امتحان کرنا چاہئے، کیونکہ اس اثراب

(injection) کی نوعیت مقام التهاب پر دلالت کرتی ہے (صفحات



اس کے بعد قرنئیہ (cornea) کا معائنہ کیا جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس سے التهاب (inflammation)، تقرح (ulceration)، نکوٹن عروق (vascularization)، غمٹیت (opacity)، یا اجسام غریبہ (foreign bodies) ظاہر ہوں۔ اب ہم ایک قوی محدب عدسہ (convex lens) استعمال کر سکتے ہیں، جس کے ذریعہ کھڑکی سے آنے والی روشنی کو آنکھ پر مرکوز کرنے میں مدد ملے گی۔ لیکن اس طریقہ کو (جسے تنویر مؤرب : oblique illumination کہتے ہیں) حجرہ تار یک میں مصنوعی روشنی کے ساتھ استعمال کرنے سے بہتر نتائج حاصل ہوتے ہیں، لہذا اس کا بیان باب ۳ میں درج کیا گیا ہے۔

کھڑکی کی سلائخوں سے حاصل شدہ قرنیاتی معکوسہ (corneal reflex) سے ہمیں آنکھ کے اس حصہ کے انحناء (curvature) یعنی خمیدگی اور ملاست (smoothness) یعنی ہمواری کا حال معلوم ہوگا۔ اس مقصد کے لئے پلاسیڈو کا قرص (Placido's disc)، بھی استعمال کیا جاسکتا ہے، جو ایک چاند (نشانی) کی طرح، ۸ یا ۱۰ اینچ قطر کا آلہ ہے۔ اس میں متبادل سیاہ اور سپید دائرے، ایک مرکزی سوراخ، اور ایک دستہ ہوتا ہے۔ دائروں کے قرینیتی انعکاس کی یا کھڑکی کی سلائخوں کے قرینیتی معکوسہ کی کجی اور بدشکلی، انحناء میں تغیر یا تاہمواری کی دلالت ہے۔ قرنیہ کی کسی خراشیدگی (abrasion) یا قرحہ (ulcer) کو اور زیادہ



صاف مشاہدہ میں لانے کے لئے، ہم دو فیصدی طاقت کے محلول فلورسین (fluorescein) کا ایک قطرہ آنکھ میں ٹپکا کر فاصل محلول کو پانی سے بہا سکتے ہیں۔ جہاں کہیں قرنیہ کا سرصلہ غائب ہوگا وہاں اس سے سبز رنگ کا دھبہ پیدا ہو جائے گا۔ یہ امتحان تاریک حجرے میں تنویر مؤرب (oblique illumination) اور قرنیہ تکبیر (corneal magnifier) کے ذریعہ سے بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے۔ اگر ایک ”ڈے لائٹ“ برقی قلمبہ (daylight electric bulb) دستیاب ہو تو اس کا استعمال ہلکے رنگ کی



شکل ۶۔ قرص پلاسیدو  
(Placido's disc)



شکل ۷۔ قرص پلاسیدو کا قرنیہ انعکاس۔  
ا۔ طبعی حالت۔ ب۔ قرنیہ کی کچی اور تبدیلی  
جو جسم غریب کی وجہ سے پیدا ہو گئی ہے۔

تلوین کو نمایاں کرنے کے لئے بہترین ثابت ہوگا۔

ہمیں قرنیہ کے سابقہ تقرح (ulceration) کے ثبوت اکثر عتمات (opacities) کی شکل میں ملتے ہیں۔ چنانچہ اگر قرنیہ کی کوئی عمت بہت خفیف اور ابرنما (دھندلی سی) ہو تو اس کو میجابیہ (nebula) کہتے ہیں۔ جب وہ نسبتاً زیادہ کثیف ہو تو اس کو لٹخہ (macula) کہتے ہیں۔ اور اگر بالکل غیر شفاف اور سفید ہو تو اس کو بیاض القرنیہ یا



بیاضہ (leucoma) کے نام سے موسوم کرتے ہیں (اشکال ۱۴۴ - ۱۴۵)۔

۱۴۶ صفحہ ۱۶۱ -

قرنیہ کو کسی تاگہ یا نرم کاغذ کے ٹکڑے سے نہایت آہستہ سے چھوا جائے تو اس کی حساسیت (sensitiveness) کا اندازہ کیا جاسکتا ہے لیکن اس میں یہ احتیاط ضروری ہے کہ پپوٹوں یا پلکوں کو نہ چھوا جائے۔ جب خراش زیادہ ہوتی ہے تو اجفان کے تشنج (شنج الاجفان)۔

(blepharo-spasm) کی وجہ سے امتحان ٹھیک طور پر نہیں کیا جاسکتا۔

ایسی صورتوں میں ہیں کوکین کے دو فیصدی محلول (جو مائع پیرافین میں بنا ہوا ہو)

(2 per cent cocaine solution in liquid paraffin) کے

اِقطار (instillation) یعنی ٹپکانے سے مقلہ کو منکشف کرنے میں مدد

ملتی ہے۔

شدید خواروں یا نو عہس بچوں میں، جب ہم شنج الاجفان،

ورم یا التهاب (inflammation)، یا ضد کی وجہ سے قرنیہ کا معائنہ

معمولی طریقہ سے نہیں کر سکتے، بچے کو ٹرس (مُمرضہ) کی گود میں چت اڑا

لٹالیا جاتا ہے۔ اس کے دونوں ہاتھ پکڑ لئے جاتے ہیں، اور اس کا

سر ممتحن کے دونوں گھٹنوں کے درمیان تھام لیا جاتا ہے (شکل ۸)۔

ایسی حالت میں پلکوں کو اُلٹنے کے لئے عموماً یہ ترکیب کام میں لائی جاسکتی

ہے کہ انھیں کناروں سے ذرا اوپر پکڑ کر کھینچ لیا جائے۔ اگر وہ چشم کا معائنہ

کرنے کے لئے ہم پپوٹوں کو اس طرح ہٹاتے ہیں کہ پہلے انگوٹھوں یا شہادت

کی انگلیوں کو پپوٹوں کے کناروں پر رکھ کر، آخر الذکر کو کسی قد اندر لپیٹتے

ہوئے، مگر اگر وہ چشم کی سطح سے ہٹا ہوا رکھ کر، کناروں کو ایک دوسرے سے



دور کر دیتے ہیں (شکل ۹)۔ کڑھ چشم کو اس طرح سے منکشف کر نیکے بعد ہم دائیں ہاتھ کے انگوٹھے کی جگہ بائیں ہاتھ کی انگشت شہادت رکھ سکتے ہیں، تاکہ دایاں ہاتھ دوسرے کاموں کے لئے خالی رہے۔ اس وقت آنکھ اکثر اوپر کی طرف پھری ہوئی پائی جائے گی اور اس لئے قرنیہ بھی ہماری



شکل ۹۔ چھوٹے بچے کے امتحان کا طریقہ۔ بچے کا سر سرجن کے گھٹنوں کے درمیان ہے۔

- ۶ نظر سے پوشیدہ رہے گا۔ لیکن وہ ایک منٹ میں پھر پنی شفا (palpebral aperture) میں نظر آئے گا۔ اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ قرنیہ کو رگڑ نہ لگے اور کوئی خراشیدگی (abrasion) نہ پیدا ہونے پائے۔ یہ بھی



خیال رہے کہ کُڑھ چشم پر کسی قسم کا دباؤ نہ پڑنے پائے، کیونکہ اگر قریبہ تقریح کی وجہ سے کمزور ہو چکا ہے تو اس صورت میں اثقب (perforation) یعنی



سوراخ ہو جانے کا خطرہ ہے۔

بعض اوقات آلات بازکش

(retractors) (شکل ۱۰) کے استعمال

کی بھی ضرورت ہوتی ہے تاکہ ایسے موقعوں

پر پلکوں کو (بہ آسانی) علیحدہ کیا جاسکے۔

ان آلات کی صورت میں بھی وہی احتیاط

ضروری ہے تاکہ قریبہ زخمی نہ ہونے پائے اور

کُڑھ چشم پر دباؤ نہ پڑنے پائے۔ اگر یہ طریقہ عمل بغیر تشفی بخش ثابت ہو تو کسی

عمومی مُعَدِّمِ حَسِّ وَا (general anaesthetic) کا استعمال ضروری ہے۔

شکل ۹۔ کُڑھ چشم کو منکشف کرنے کا طریقہ۔



شکل ۱۰۔ ڈیسمارے کا جفنی بازکش (Desmarre's Lid Retractor)۔

پلکوں کو زور سے علیحدہ کرتے وقت ہمیں یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ اس صورت

میں محبوس افرازات (pent-up secretions) دفعۃً باہر نکل آتے ہیں

اور ممکن ہے کہ اُچھل کر ممتحن کی آنکھوں کے اندر پہنچ جائیں۔

اس کے بعد ہم خزانہ مقدم (anterior chamber) کا



امتحان کرتے ہیں اور اُس کا عمق (گہرائی) معلوم کرتے ہیں کہ آیا وہ طبعی ہے، یا غیر عمیق (اُتھلا) ہے یا بڑھا ہوا۔ نیز یہ معلوم کرتے ہیں کہ آیا رطوبت مائیه (aqueous humour) شفاف ہے؟ اگر اس میں تغیر پایا جاتا ہے تو ہم غور سے دیکھتے ہیں کہ آیا یہ ارتشاح (exudation) ریم پر مشتمل ہے (کوشکی ریم: hypopyon) یا خون پر (نزف خزانہ مقدم: hyphaema) یا اسفنجی ارتشاح یا ایسی ہی کوئی چیز ہے۔ اس امتحان کو تاریک حجرے میں ماسکی تنویر (focal illumination) کے ذریعہ مکرر عمل میں لانا چاہئے۔

اس کے بعد قزحیہ (iris) کی باری آتی ہے۔ چنانچہ ہم اُس کا رنگ، اُس کی طلاست (ہمواری)، اور دبازت دیکھتے ہیں، اور معلوم کرتے ہیں کہ آیا اُس کے نشانات صاف طور پر نمایاں ہیں یا دھندلے پڑ گئے ہیں (خلابی یا مگدس: muddy)، اور کڑھ چشم کی حرکت کے وقت قزحیہ ٹھیرا ہوا (قائم) رہتا ہے، یا مرتعش ہوتا ہے (لرزش قزحیہ: iridodonesis)۔ آخر الذکر حالت اُس وقت دیکھی جاتی ہے جبکہ قزحیہ کو عدسہ کا سہارا اچھی طرح نہیں ملتا، مثلاً اُس وقت جبکہ عدسہ غیر موجود ہو (لا عدسیّت: aphakia) یا سُکڑا ہوا ہو (ضمور: shrinkage)، یا اپنی جگہ سے ہٹا ہوا ہو (انخلاع: dislocation)۔

یہ بھی دیکھا جاتا ہے کہ قرنیہ کے ساتھ انضمامات (مقدم التصاقات قرنیہ: anterior synechiae) یا غلاف عدسہ کے ساتھ انضمامات (مؤخر التصاقات قرنیہ: posterior synechiae) تو موجود نہیں ہیں۔ ممکن ہے کہ ان کا پتہ چلانے کے لئے ایک موسّع حدقہ دوا (mydriatic) ٹپکا

کی ضرورت پڑے۔



اب ہم حدقہ (پتلی) کے خصائص کو نوٹ کرتے ہیں :- اُس کی جسامت، شکل یا ہیئت، اور اُس کا محل وقوع یا وضع - نیز روشنی کے اثر سے، اور توفیق (accommodation) اور استدقاق یا تقارب (convergence) میں، اُس کا ردِ عمل یا تعامل، جیسا کہ صفحہ 184 میں سمجھایا گیا ہے۔ اُس کی جسامت روشنی کے تکشف سے، توفیق و تقارب میں، عمر کے ساتھ (زیادہ عمر میں نسبت چھوٹی، اور نو عمری کے زمانہ میں نسبت چوڑی)، اور انعطاف کی حالت کے لحاظ سے [در از نظر اشخاص (hypermetropes) میں نسبت چھوٹی، اور کوتاہ نظروں (myopes) میں نسبت بڑی] مختلف ہوتی ہے۔ حدقہ کے پیچھے ہیں عدسہ کی اگلی سطح کا مرکزی حصہ نظر آئے گا، اور ہم اُس کی شفافیت (transparency) کو یا کسی غیر معمولی حالت کو، جو موجود ہو، دیکھتے ہیں، مثلاً نزول الماء (cataract) اور مطروحات (deposits) - عدسہ کی حالت کو مکمل طور پر واضح کرنے کے لئے پتلی کا پھیلانا اور اُسے مصنوعی تنویر سے منور کرنا ضروری ہوتا ہے۔

## جس

(PALPATION)

جس سے ہمیں حسب ذیل معلومات حاصل ہو سکتے ہیں :- ہدپی خطے (ciliary region) میں حساسیت کی موجودگی یا عدم موجودگی آنکھ کا تناؤ (tension) طبعی آنکھ کے تناؤ کے مقابلہ میں - اور ممکن ہے کہ چشم خانہ (مجر) کے اندر یا اُس کے اطراف میں کسی سلعہ (tumour) یا ورم کی موجودگی کا پتہ چل جائے۔



ہڈی الیمیت (Ciliary Tenderness) - قرنیہ کے ذریعے  
 صلبیہ (sclera) پر مندرجہ ذیل طریقہ سے ہلکا دباؤ ڈالنے سے (شکل ۱۱)  
 ممکن ہے کہ ہمیں ہڈی جسم (ciliary body) کی حساسیت میں زیادتی  
 معلوم ہو۔ یہ التهاب جسم ہڈی (cyclitis) کی اہم علامت ہے۔



شکل ۱۱ - کرّہ چشم کے تناؤ کے امتحان کا طریقہ۔

کرّہ چشم کا تناؤ - کرّہ چشم کے تناؤ کا اندازہ کرنے کے لئے  
 مریض کو نیچے دیکھنے کی ہدایت کی جائے، اور پھر اپنی دونوں شہادت کی  
 انگلیوں کو، بالائی بیوٹے پر (شکل ۱۱) بالکل اُسی طرح جس طرح کہ کسی بھڑک  
 کا متوجّح محسوس کرنے کے لئے رکھتے ہیں، رکھ کر، مگر نسبت پیچھے کی طرف  
 کے نیچے کی طرف زیادہ دباتے ہوئے، آہستہ سے صلبیہ کے اُس حصے کا



جس کرو جو قریب سے اوپر کو ہے۔ اگر دوسری آنکھ طبعی ہے تو اس کے ساتھ  
ورنہ کسی دوسرے کی تندرست آنکھ کے ساتھ مقابلہ کر کے ہم تناؤ کے  
درجہ کا اندازہ کرتے ہیں۔

تناؤ کی زیادتی زرق الماء (glaucoma) یعنی سبز موتیا کی ایک  
نمایاں علامت ہے۔ انفکاک شبکیہ (detachment of retina)،  
ثناقب (چھیدنے والے) زخم (perforating wounds) اور کڑھ چشم  
کی انحطاط یافتہ (degenerated) حالتیں، یہ سب تناؤ میں کمی پیدا  
کردیتی ہیں۔ بعض اوقات التهاب جسم ہربی (cyclitis) میں بھی تناؤ میں  
تبدیلیاں پائی جاتی ہیں۔

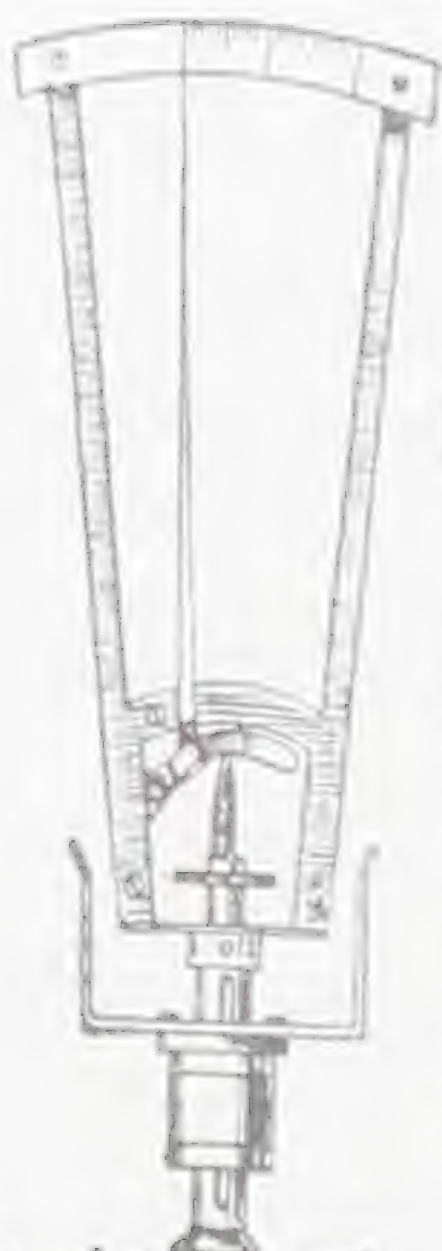
تناؤ (tension) کو سرسری طور پر T کی علامت سے ظاہر کیا جاتا  
ہے۔ جب تناؤ طبعی ہو تو اس علامت کے بعد n، اور جب اس  
میں کمی یا زیادتی ہو تو اس کے بعد - یا + کی علامت بنادی جاتی  
ہے، اور تغیر کے درجے کو ظاہر کرنے کے لئے اس کے ساتھ اعداد درج  
کردئے جاتے ہیں، جیسا کہ مندرجہ ذیل صراحت سے ظاہر ہوگا:-

T. -	=	تناؤ میں کمی	T.n.	=	طبعی تناؤ
T. - 1	=	محسوس نرمی	T. +	=	زائد تناؤ
T. - 2	=	یقینی نرمی	T. + 1	=	محسوس سختی
T. - 3	=	کڑھ چشم بہیم	T. + 2	=	یقینی سختی
			T. + 3	=	تختہ کما سختی

جب سرجن کی انگلیاں تربیت یافتہ (مشتاق) ہوں تو تناؤ کی تخمین  
اور اندراج کے لئے یہ طریقہ تشفی بخش طور پر کارآمد ہوتا ہے، لیکن زیادہ



صحیح پیمائش کے لئے اور اندراجات محفوظ رکھنے کی غرض سے ہم ایک تنش پیمائش (tonometer) استعمال کرتے ہیں۔ شیوٹس (Schiotz) کا تنش پیمائش سے زیادہ عام طور پر کام میں لایا جاتا ہے۔ بعض اوقات اس کے بجائے میک لین (McLean) کے تنش پیمائش سے کام لیا جاتا ہے۔ تنش پیمائش پیمانہ پر ایک سوئی کی حرکت سے، اُس مزاحمت کو ظاہر کرتا ہے جو اُن معین اوزان کو پیش آتی ہے جو قرنہ کی تسنن (indentation) پیدا کرنے کے



شکل ۱۲ شیوٹس کا تنش پیمائش  
بہ طرز میں بزرگ۔

لئے کام میں لائے جاتے ہیں۔ آنکھ کو ایک فیصدی ہالوین (holocaine) کے دو اقطارات (instillations) کے ذریعہ عدیم الحس کر لیا جاتا ہے۔ کوکین کا استعمال ناجائز ہے کیونکہ اس سے طبعی آنکھ کا تناؤ کسی قدر کم ہو جاتا ہے، نیز قرنہ کا سرحد نرم ہو جاتا ہے اور اُس میں تنش پیمائش کے تماس (چھونے) سے خراشیدگی پیدا ہو جانے کا امکان زیادہ ہو جاتا ہے۔ مریض کو ایک کوچ پر لیٹنا چاہئے اور سیدھا اوپر کی طرف دیکھتے رہنا چاہئے۔ اُس کے دونوں پوٹے بائیں ہاتھ کی انگلیوں

سے علیحدہ کروئے جاتے ہیں، اس طرح پر کہ کڑھ چشم پر دباؤ نہ پڑنے پائے۔ پھر تنش پیمائش کو خود اُسی کے وزن کے سہارے سے، اوپر کی طرف پھرائے ہوئے قرنہ پر رکھ دیا جاتا ہے، اور سوئی پر مختلف اوزان رکھ دئے جاتے ہیں جن کا انحصار تناؤ کے اُس درجہ پر ہوتا ہے جس کا شبہ ہو۔ اُنہ تنش پیمائش کی سوئی پیمانہ پر کسی عدد تک منصرف (deflected) ہوتی ہے



جس کی ترجمانی منسلک قرطاس (chart) سیمابی ملی میٹروں کے ایک معین عدد کی شکل میں کر دیتا ہے۔ شیوٹس کے نقش پیمائش کے ذریعہ سجیل شدہ طبی تناؤ ۱۵ تا ۲۵ سیمابی ملی میٹر مختلف ہوتا ہے۔

قرنیہ، خزانہ مقدم، قرنیہ اور عدسہ کے دقیق معائنہ کے لئے، نیز زجاجیہ (vitreous) اور قاع العین (fundus) کے امتحان کی غرض سے ہم تنویر مورب (oblique illumination)، چشم بین، عموری تنویر (transillumination) (باب ۳)، اور قرنیہ خرد بین (corneal microscope) سے کام لیتے ہیں، اور اس کے ساتھ ہی حجرہ تاریک میں شگافی چراغ (slit lamp) استعمال کیا جاتا ہے (باب ۴)۔



## باب دوم

### آنکھ کا موضوعی یا فعلی امتحان

(Subjective or Functional Examination of the Eye)

موضوعی امتحان، جس کا انحصار مریض کے بیانات پر ہوتا ہے، ہر آنکھ کے وظیفہ، یعنی بصارت (نظر)، کو علیحدہ علیحدہ جانچنے پر مشتمل ہے۔ جن وظائف یا افعال کی جانچ کرنا ہے، وہ یہ ہیں:۔ بلا واسطہ بصارت (direct vision) میں حسِ شکل (form sense)، میدانِ بصارت (fields of vision) کی وسعت یا حد، حسِ لونی (colour sense) اور حسِ نوری (light sense)۔

حسِ شکل (form sense) آنکھ کی وہ قوت ہے جس کے باعث اُسے بلا واسطہ یا راست بصارت میں معروضات (objects) یعنی اشیاء کا ادراک ہوتا ہے۔ اس قوت کی تعبیر تیزی بصارت (acuteness of vision) سے کی جاتی ہے۔ نقاط کے ایک ایسے سلسلہ کے ذریعہ، جس سے نقطہ تثبیت (fixation point) سے جہاں روشنی کا ادراک ہو سکتا ہے، زاویہ فاصلے ظاہر ہوتے ہوں، ہر ایک



آنکھ کے میدانِ بصارت (field of vision) کا نقشہ تیار کیا جا سکتا ہے۔ جس کوئی (colour sense) وہ قوت ہے جس کے باعث آنکھ روشنی کے مختلف موجی طولوں (wave lengths) کو تمیز کر سکتی ہے، یعنی رنگوں کو شناخت کر سکتی ہے (امتیازِ ألوان)۔ جس نور (light sense) تنویر (چمک) کی شدت کے مختلف درجات کے ادراک کی قوت کا نام ہے۔

## تیزی بصارت

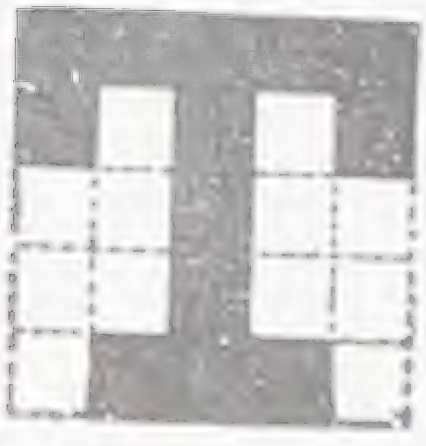
(ACUTENESS OF VISION)

مرکزی یا بلا واسطہ بصارت (Central or Direct Vision)۔ جب ہم کسی شے کو صاف دیکھنا چاہتے ہیں تو ہم سیدھا اُسی کی طرف دیکھتے ہیں، تاکہ اُس کی شبیہ (خیال) (image) لُطخہ اَصْفَر (macula lutea) پر پڑے، جو شبکیہ کا وہ حصہ ہے جو تیز ترین بصارت کے لئے متوافق اور مخصوص ہے۔ بصارتِ بعید اور بصارتِ قریب دونوں کے لئے تیزی بصارت کو جانچنا چاہئے۔

بصارتِ بعیدہ (Distant Vision)۔ فاصلہ کے امتحان کے لئے ۲۰ فٹ (۶ میٹر) کا تجوّل (range) منتخب کیا جاتا ہے، کیونکہ اس فاصلہ پر کے نقطہ سے آنے والی روشنی کی شعاعیں قریب قریب متوازی ہوتی ہیں۔ چنانچہ اس کام کے لئے ہم سینیلن کے امتحانی حروف (Snellen's test types) استعمال کرتے ہیں جو اصولِ فل پر بنائے گئے ہیں: ہر حرف ایک ایسے مربع (شکل ۱۳) کے اندر مرسوم ہوتا ہے



جو ایسے فاصلہ پر سے، جہاں سے طبعی آنکھ اُس حرف کو تمیز کر سکے، پانچ دقیقوں (۵) کا استقبصاری زاویہ (visual angle) بنتا ہے۔



12

استقبصاری زاویہ اُن دو خطوط کے درمیان ہوتا ہے جو موضوع یا شے کی انتہاؤں سے شروع ہو کر آنکھ کے عقدی نقطہ (nodal point) میں سے ہو کر

شکل ۱۳- سنیلین کے

استقامی حروف کی نسبت سیریفی حروف

(Serif letter)

گزر رہے ہیں (شکل ۱۲)۔ مربع کی ہر جانب پانچ مساوی حصوں میں منقسم ہے۔ اس طرح جو پانچ چھوٹے مربع بنتے ہیں، اُن سے ایک ایسا استقبصاری زاویہ بنتا ہے جو ایک دقیقہ (۱) کا ہوتا ہے، اور یہی طبعی آنکھ کا اقل استقبصاری زاویہ ہے۔ یعنی اگر دو سیاہ اشیاء ایک سفید زمین پر جدا جدا ایسے فاصلہ سے رکھ دی جائیں جس سے نسبت چھوٹا زاویہ بنتا ہو، تو اب یہ دونوں اشیاء



شکل ۱۴ مختلف فاصلوں سے سنیلین کے استقامی حروف کی جست

کی تخمینہ۔ غیر سیریفی حروف (Non-serif letters)۔

جدا جدا نظر نہ آئیں گی۔ وہی استقبصاری زاویہ بنانے کے لئے ضروری ہے کہ حروف آنکھ سے جس قدر زیادہ دور بٹائے جائیں، اُن کی جسامت بھی (اُسی مناسبت سے) بڑھائی جائے (ملاحظہ ہو شکل ۱۴)۔



سٹیلن کے امتحانی حروف میں ایک قرطاس (جدول) پر مربع شکل کے سیرفی حروف (Serif letters) مرتب ہوتے ہیں، اور ان حروف کی جسامت اوپر سے نیچے کی طرف آتے ہوئے بتدریج کم ہو جاتی ہے۔ ہر حرف کی بلندی سے پانچ دقیقوں (۵) کا استبصاری زاویہ بنتا ہے، اور حرف کے ترکیبی خطوط سے ایک دقیقہ (۱) کا استبصاری زاویہ بنتا ہے۔ سب سے اوپر کا حرف ایسی جسامت کا ہے کہ ۶۰ میٹر کے فاصلہ سے پڑھا جاسکتا ہے۔ اس کے بعد حروف کی وہ قطاریں آتی ہیں جنہیں علی الترتیب ۳۶-۲۴-۱۸-۱۲-۹-۶-۱ اور ۵ میٹر کے فاصلہ سے پڑھا جانا چاہئے (شکل ۱۵)۔

ایک اور طرز کے حروف جو مقبول ہو رہے ہیں گرین (Green) کے ہیں (شکل ۱۶)۔ یہ بھی اسی اصول پر مبنی ہیں۔ اس میں غیر سیرفی حروف (Non-serif letters) استعمال کئے گئے ہیں اور ہر حرف کی مجموعی چوڑائی (عرض) سے چار دقیقوں (۴) کا زاویہ بنتا ہے، مگر بلندی سے بدستور سابق پانچ دقیقوں (۵) کا زاویہ بنتا ہے۔ یہ حروف نسبتاً زیادہ صاف تراشیدہ ہیں اور اس طرز کے ہیں جو سٹیلن کے قرطاس میں استعمال کردہ سیرفی حروف کے مقابلہ میں روزمرہ استعمال کے لئے زیادہ رائج ہے۔

تیزئی بصارت (acuteness of vision) ایک کسر (fraction) کے ذریعہ ظاہر کی جاتی ہے، جس کا شمار کنندہ عدد (numerator) میٹروں کی اس تعداد سے متناظر ہوتا ہے جو مریض اور جدولی قرطاس کے مابین واقع ہے (یہ فاصلہ ۶ میٹر ہو تو بہتر ہے) اور نسب نما (denominator) اس عدد سے متناظر ہوتا ہے جو اس فاصلہ



13

کو ظاہر کرتا ہے، جس فاصلہ سے طبعی آنکھ کو مریض کے پڑھے ہوئے سب سے چھوٹے حروف کو پڑھنا چاہئے۔ چنانچہ اگر مریض کی بصارت (نگاہ) طبعی ہے تو اس کی تیزی بصارت  $\frac{6}{6}$  کے مساوی ہوگی اور اس کو اس طرح تعبیر کریں گے:  $V = \frac{6}{6}$  اور اگر مریض اوپر سے صرف تیسری ہی سطر



شکل ۱۵۔ سنیلین کے امتحانی شکل ۱۶۔ گرین کے امتحانی شکل ۱۷۔ ناخواندہ اشخاص حروف (Snellen's) حروف (Green's) کے لئے امتحانی حروف۔

Test types)

Test types)

پڑھ سکتا ہے تو تیزی بصارت  $V = \frac{6}{24}$  سے تعبیر کی جائے گی۔ اگر وہ صرف سب سے اوپر کے حروف کے سولے اور کچھ نہیں پڑھ سکتا ہے تو اس کی تعبیر  $V = \frac{6}{60}$  سے کی جائے گی۔ اور اگر وہ  $\frac{6}{18}$  والی سطر کے سب حروف تو نہیں مگر صرف چند حروف پڑھ سکتا ہے تو اس کا اظہار



$V = \frac{6}{18} -$  سے یا  $+\frac{6}{24}$  سے کیا جائے گا۔ بہت سے اشخاص خاص کر

نوعمری کے زمانہ میں، جدول کی آخری سطر کو، جو ۶ میٹر کے فاصلہ سے پڑھی جانی چاہئے، ۶ میٹر ہی کے فاصلہ سے پڑھ سکتے ہیں۔ اس صورت میں تیزی بصارت کی کسر  $V = \frac{6}{5}$  ہوگی۔

اگر مریض کی بصارت  $\frac{6}{10}$  سے بھی کم ہو تو جدول کے فاصلہ کو کم کر لیا جاتا ہے۔ اب اگر وہ سب سے بڑا حرف دو میٹر فاصلہ سے

پڑھ لیتا ہے تو اس کی تعبیر  $V = \frac{2}{60}$  کی جائے گی۔ اگر مریض سب سے

اوپر کا حرف کسی فاصلہ سے پڑھ ہی نہیں سکتا، تو ہم اس فاصلہ کو جہاں

سے مریض امتحان کنندہ کی انگلیوں کو (جو ایک سیاہ پس منظر کے محاذ

میں رکھی جاتی ہیں) صحیح طور پر شمار کر سکے، فٹوں یا انچوں میں درج کرتے

ہیں۔ مثلاً اس طرح :-  $V =$  انگشت شماری ایک فٹ فاصلہ سے

یا  $V =$  انگشت شماری ۷ انچ فاصلہ سے۔ اگر مریض کی نگاہ اس سے بھی

کم ہو تو اب ہم اپنے پورے ہاتھ (پنچہ) کو اس کی آنکھ کے سامنے ہلاتے

ہیں۔ اب اگر وہ ہاتھ کی ایسی حرکتوں کو تمیز کر لینے کی قابلیت رکھتا ہے

تو ہم اس کا اظہار اس طرح کرتے ہیں :- ”ادراک حرکات دست“

اگر اس کی بصارت اس سے بھی کم ہو تو ہم اس کی آنکھ کو ڈھانک کر

اور پھر متبادل روشنی میں کھلا رکھ کر، اس امر کا اندازہ کرتے ہیں کہ آیا اسے

ادراکِ نواہ (P. L. = perception of light) یعنی روشنی کی تمیز ہے

یا نہیں۔ یہ سب ہاتھ سے کیا جاتا ہے، یا تاریک حجرہ میں چشم بین کے

آئینہ (ophthalmoscopic mirror) کے ذریعہ آنکھ پر روشنی ڈال کر،

اور نوٹ کیا جاتا ہے کہ مریض تنویر (روشنی) کی موجودگی یا غیر موجودگی کو



بتلا سکتا ہے یا نہیں۔

ہر آنکھ کا امتحان علیحدہ علیحدہ کیا جاتا ہے۔ اور جانچتے وقت دوسری آنکھ کو کسی مقوی سے، یا اندھے تال (opaque disc) کو آزمائشی چوکھٹے (trial frame) میں رکھ کر، ڈھانک دیا جاتا ہے۔ جدولی قرطاس کو منور کرنے کے لئے دن کی روشنی سے کام لیا جاسکتا ہے لیکن اگر امتحانی حروف پر مصنوعی روشنی بلا واسطہ ڈالی جائے تو یہ زیادہ پسندیدہ ہے کیونکہ یہ زیادہ یکسانیت رکھتی ہے۔ امتحانی حروف (test types) کو کھڑکی کے سامنے، تقریباً مریض کی آنکھوں کے لیول کے برابر رکھا جاتا ہے، اور اُسے اس طور پر بٹھایا جاتا ہے کہ اُس کی پشت مبدع تنویر (source of illumination) کی طرف رہے۔ بچے یا ناخواندہ مریض کے لئے ہم ایک ایسا جدولی قرطاس استعمال کر سکتے ہیں جیسا کہ شکل، ا میں دکھلایا گیا ہے۔ تیزئی بصارت کی تعیین اُس سب سے چھوٹی قطار سے کی جاسکتی ہے جس میں مریض ہر ایک جہاز کے دھوئیں کے نلوں کی تعداد صحیح صحیح طور پر بتلا سکتا ہے۔

**بصارت قریبہ (Near Vision)** جب آنکھ ساکن آرام کی حالت میں، ہو تو وہ متوازی شعاعوں کے لئے، جو دور کی شے (معرض) سے آتی ہیں، متوافق (adapted) ہوتی ہے لیکن کسی نزدیک کی شے سے آنے والی منفرج (تسع) شعاعوں (divergent rays) کے شبکیہ

اے عینک کے ہر ایک شیشہ کو محاورے میں تال کہتے ہیں۔ لہذا غیر شفاف قرص کو اندھا تال کہنا مناسب ہوگا۔ (مترجم۔)



پر ماسکہ پذیر ہونے کے لئے آنکھ کی انعطافی قوت (refractive power) میں پیشی ہونا ضروری ہے۔ اس تغیر کا نام توفیق (accommodation) ہے۔ اس کا تفصیلی بیان تیرہویں باب میں درج کیا جائے گا۔ بصارت قریبہ کی تحقیق کے لئے جو امتحانی حروف عموماً استعمال کئے جاتے ہیں، وہ مختلف جسامتوں کے معمولی لمباعت کے حروف (ordinary printer's types) ہوتے ہیں۔ سب سے باریک حروف پر (۱) کا شمارہ ہوتا ہے، اور اس کے بعد کے شماروں سے یکے بعد دیگرے زیادہ موٹے حروف ظاہر ہوتے ہیں۔ ان حروف کو جیگر کے امتحانی ٹائپ (Jaeger's test type) کا نام دیا گیا ہے (شکل ۱۸)۔

مریض کو روشنی کی طرف پشت کر کے بٹھلایا جائے تاکہ زیر نظر صفحہ اچھی طرح روشن (تنویر یافتہ) رہے، اور ہر آنکھ کا امتحان علیحدہ علیحدہ کرنا چاہئے۔ مریض کی بصارت قریبہ کو J کے بعد اس شمارہ کو لکھ کر ظاہر کیا جاتا ہے جو اس کے پڑھے ہوئے سب سے باریک اور چھوٹے حروف سے متناظر ہو، مثلاً J. 3 کے یہ معنی ہیں کہ مریض تیسرا فقرہ پڑھ لینے کی قابلیت رکھتا ہے۔

ایسے ٹائپ (حروف) بھی استعمال کئے جاتے ہیں، جو سنیلین کے اصول پر مبنی ہیں۔ ان کی ضرورت متعدد پبلک ملازمتوں، مثلاً بری اور بحری فوج (army, navy) وغیرہ کے امیدواروں کو جانچنے کے لئے پڑتی ہے۔ انھیں ۵.۵ ممر، ۵.۵ ممر، ۵ ممر، ۴ ممر، وغیرہ کے فاصلہ سے پڑھا جانا چاہئے۔ (ممر = ملی میٹر)۔



15

As she spoke, Moses came slowly on foot, and sweating under the deal box, which he had strapped round his shoulders like a pedlar. "Welcome, welcome, Moses! well, my boy, what have you brought us from the fair?" "I have brought you myself," cried Moses, with a sly look, and resting

2.

five shillings and twopence is no bad day's work. Come, let us have it then." "I have brought back no money," cried Moses again. "I have laid it all out in a bargain, and here it is," pulling out a bundle from his breast: "here they are; a

4.

mother," cried the boy, "why won't you listen to reason? I had them a dead bargain, or I should not have brought them. The silver

6.

the rims, for they are not worth sixpence; for I perceive they are only copper varnished over." "What!"

8.

with copper rims and shagreen cases? A murrain take such trumpery! The block-

10.

the idiot!" returned she, "to bring me such stuff: if I had them I would throw them in

12.

By this time the unfortunate

14.

asked the circumstances

15.

to a tent, under

شکل ۱۸۔ بصارت قریب کے لئے جگر کے امتحانی حروف (Jaeger's Test Types)۔



## میدان بصارت

(FIELD OF VISION)

محیطی بصارت (Peripheral vision) اس وقت بروئے کار آتی ہے جبکہ شبیہ (Image) شبکیہ (retina) کے کسی ایسے حصے پر قائم ہوتی ہے جو تقریباً مرکزی (fovea centralis) سے باہر ہوتا ہے۔ ایسی بصارت صاف نہیں ہوتی بلکہ مبہم اور غیر واضح ہوتی ہے، مگر بڑی اہمیت رکھتی ہے۔

میدان بصارت (field of vision) محیطی یا بالواسطہ بصارت کے حدود ظاہر کرتا ہے۔ یہ وہ فضا ہے جس کے اندر کوئی شے نظر آ سکتی ہے۔ درآئینا ایک آنکھ کسی ایک نقطہ پر مبنی ہوتی رہتی ہے۔ اس کا تعلق عموماً ایک آنکھ سے ہوتا ہے، کیونکہ دوسری آنکھ اُٹھانک دی جاتی ہے اور اس کا الحاق ایک سفید شے پر ہوتا ہے، (مثلاً دھڑک اس کے خلاف دیریاں کیا جاتا)۔ میدان بصارت کے حدود کی تعیین سرسری طور سے ہاتھ کے ذریعے سے کی جاسکتی ہے، مگر بہت صحیح تعیین کے لئے ایک سیاہ تختہ پر کھربا مٹی کے ٹکڑے یا ایک روشن موم جی کے ذریعہ نشان ڈالا جاتا ہے۔ لیکن صحیح ترین تعیین کے لئے ایک محیط پیم (perimeter) سے کام لینا چاہئے۔

ہندی امتحان (Hand Test)۔ مریض کو گھما کر اس کی پشت دہلی کی طرف کی جائے اور مریض کے سامنے دو فٹ فاصلہ پر ہے۔ اب مریض کی ایک آنکھ ڈھانک دیجئے کہ بعد اُسے ہدایت کریں کہ وہ مستقیم کی اُس آنکھ پر نظر جمانے رکھے جو اس کے مقابل ہے۔ مریض بھی اپنی دوسری آنکھ بند کر لے۔ اب مریض اپنی ہاتھ کی انگلیوں کو پسٹا کر پنجہ کو اپنے اور مریض کے درمیان محیط کے مختلف مقامات سے اندر کی طرف لائے اور مریض بتلاتا ہے کہ اُسے مستقیم کی پنجہ کی انگلی



کب نظر آتی ہیں۔ اس طرح ممتحن مریض کے میدانِ نظر کا مقابلہ اپنے میدانِ نظر سے کر سکتا ہے۔ اگر ممتحن اور مریض، دونوں کے میدانِ نظر طبعی ہیں تو دونوں انگلیوں کو ایک ہی ساتھ دیکھیں گے۔ یہ طریقہ نہایت سادہ اور سریع ہے اور اگر میدانِ بصارت میں کوئی بڑا نقص موجود ہے تو اس سے ظاہر ہو جائے گا۔ میدانِ بصارت کی پیمائش کے لئے ہاتھ کے عوض ایک ایسا ڈنڈا بھی استعمال کیا جاسکتا ہے جس کے سرے پر ایک چھوٹا سا سپید لٹولگا ہوا ہو۔

موم بتی کے ذریعہ امتحان (Candle Test)۔ اگر مریض ہاتھ کی انگلیوں کو نہ دیکھ سکتا ہو تو ایسی صورت میں ایک روشن موم بتی سے کام لیا جاتا ہے، یا تاریک حجرہ (dark-room) میں ایک چشم بین (ophthalmoscope) کے آئینہ سے معکوس روشنی اُسی طریقہ سے ڈالکر میدانِ بصارت معلوم کیا جاسکتا ہے۔

امتحان بذریعہ تختہ سیاہ (Blackboard Test)۔

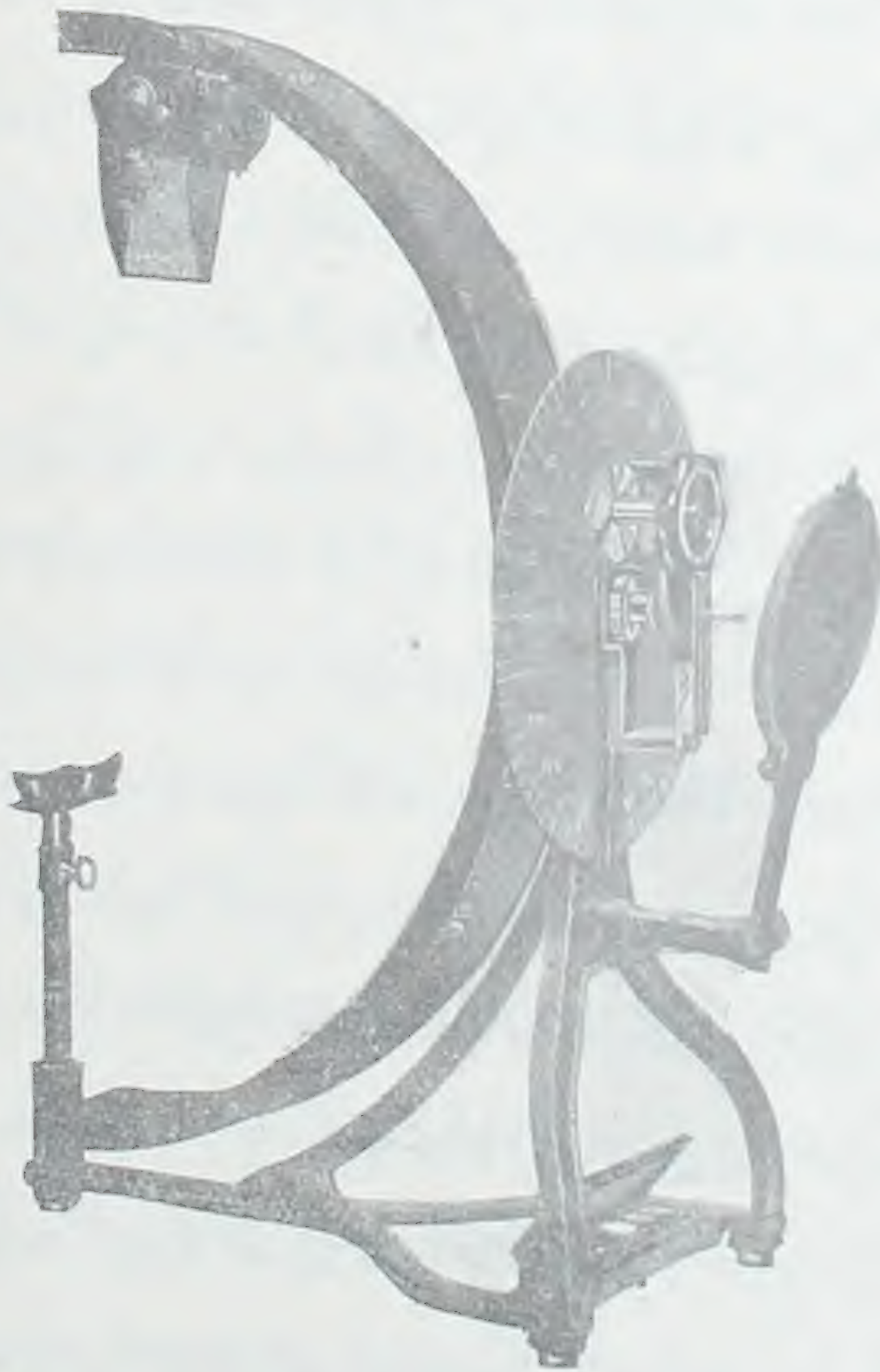
اگر سیاہ تختہ کے ذریعہ امتحان کیا جائے تو اس سے بھی قریب قریب صحیح تر سیمی تعبیر (graphic representation) حاصل ہوتی ہے۔ اس مقصد کے لئے مریض کو سیاہ تختہ کے سامنے ۱۲ انچ فاصلہ پر رکھا جاتا ہے اور تختہ پر ایک چلیپا کا نشان بنا دیا جاتا ہے، جو نظر جمانے کے لئے نقطہ تثبیت (point of fixation) کا کام دیتا ہے۔ اب کھریاسٹی کا ایک ٹکڑا بتدریج محیط سے مرکز کی طرف لایا جائے۔ جب یہ مریض کو مختلف رُخوں سے آہنا ہوا نظر آتا ہے تو مریض بتلاتا ہے۔ چنانچہ ان مقامات پر نشانات بنا دیے جاتے ہیں۔ آخر میں ان سب نشانات کو ایک خط کے ذریعہ جوڑ دیا جاتا ہے، اور اس طرح میدانِ بصارت کا خاکہ حاصل



ہو جاتا ہے۔

محیط پیم (Perimeter) (شکل ۱۹) کے ذریعہ میدان بصارت کی پیمائش کے طریقہ سے صحیح ترین نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ اس آلہ کی ایک

17



شکل ۱۹۔ لیٹر کا محیط پیم۔ قوس کا نصف قطر ۲۳ سنٹی میٹر۔

قسم نہایت سادہ اور ارزاں ہوتی ہے، جس میں امتحانی شے (test object) کو ہاتھ سے حرکت دے کر نمونہ کیا جاسکتا ہے۔ مگر ایک نہایت

پیچیدہ قسم بھی ہے جو خود راقم (self-recording) اور گراں قیمت



ہوتی ہے۔ نسبت سادہ آلات سے ٹھیک اور صحیح نتائج حاصل ہوتے ہیں، مگر امتحان میں وقت زیادہ صرف ہوتا ہے۔ یہ آلہ ایک فلزاتی نیم دائرہ یا ربع (metallic semicircle or quadrant) پر مشتمل ہوتا ہے جسے گھما کر (گردش دیکر) کسی بھی خط نصف النہار (meridian) کے متناظر لایا جاسکتا ہے۔ اس قوس پر درجوں کے نشانات بنے ہوتے ہیں اس طرح پر کہ "0" قوس کے وسطی نقطہ سے متناظر ہوتا ہے اور "90" اُس کے دونوں سروں سے متناظر ہوتا ہے۔ مریض کا سر ایک ذقن دان (chin-rest) پر ٹکا دیا جاتا ہے، اُس کی ایک آنکھ ڈھانک دی جاتی ہے اور دوسری آنکھ کی نظر قوس کے مرکز پر رکھی ہوئی کسی چیز پر جمائی جاتی ہے۔ امتحانی شے (ایک سفید یا رنگین قرص، جس کا قطرہ ملی میٹر ہوتا ہے) قوس کی اندرونی سطح پر کھسکانی جاتی ہے، اور وہ مختلف خطوط نصف النہار (meridians) میں جن جن نقطوں (مقامات) پر سب سے پہلے مریض کو نظر آ جاتی ہے، اُن نقطوں کے نشانات طبعی میدان (normal field) کے نقشوں پر بنا دئے جاتے ہیں۔ اگر ان نشانوں کو خطوط کے ذریعہ جوڑ دیا جائے تو اُس میدان کے حدود بن جائیں گے۔ خاص خاص حالتوں میں نسبت بڑی یا چھوٹی امتحانی اشیاء (حسب رت) استعمال کی جاتی ہیں۔ بعض اوقات کسی ایسے رقبہ میں جس میں مدلی میٹر جسامت کی امتحانی شے غیر مرئی رہتی ہے، کسی نسبت بڑی امتحانی شے سے میدان نظر حاصل کیا جاسکتا ہے۔ اگر ابتداء ہی سے بڑی جسامت والی امتحانی شے استعمال کی جائے تو ممکن ہے کہ خفیف نقص نظر انداز ہو جائے۔ قرطاس (نقشہ) پر امتحانی شے کی جسامت اور رنگ، تنویر کی



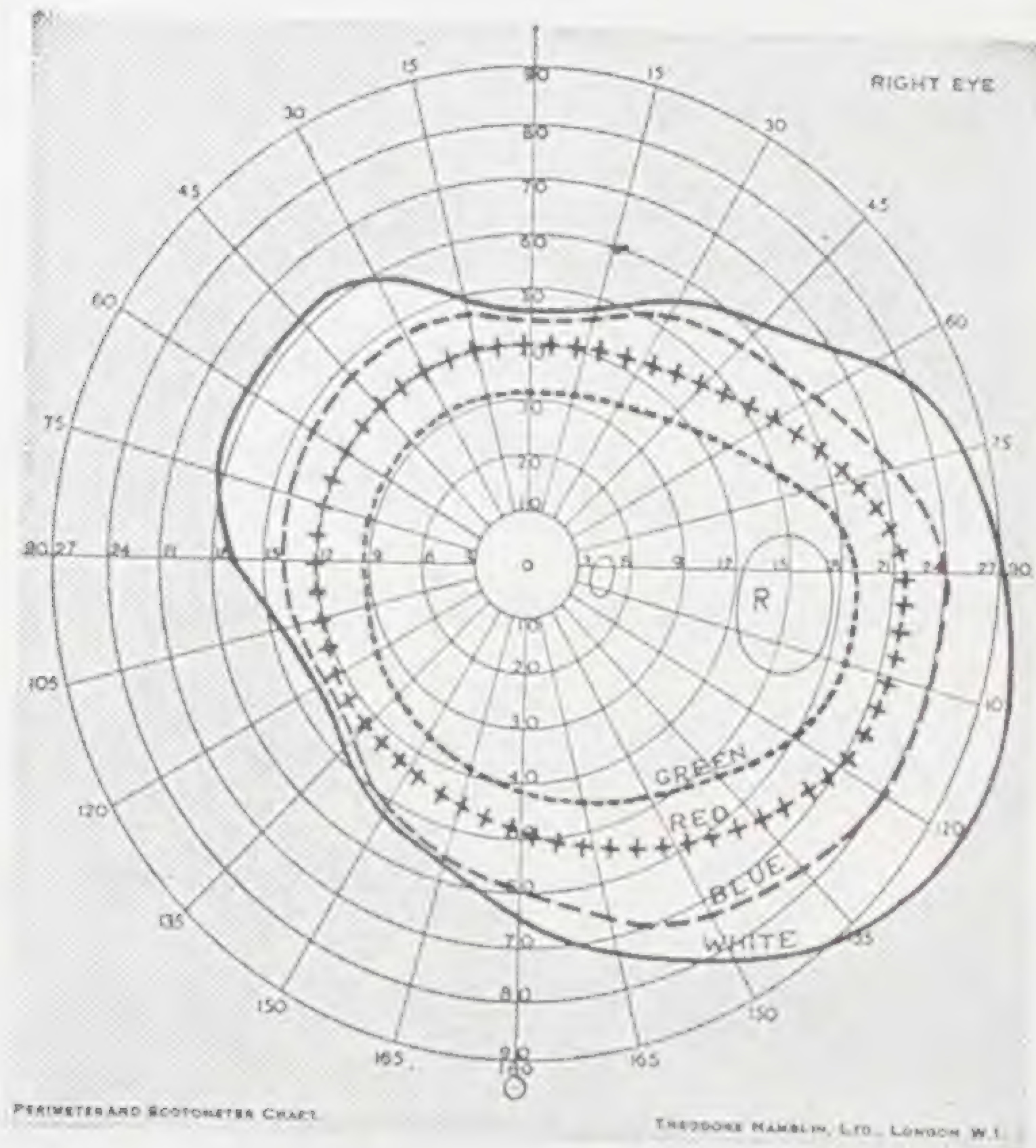
نوعیت، نقطہ تثبیت سے آنکھ کا فاصلہ، میدان نظر کے امتحان کی تاریخ، اور مریض کا نام، یہ جملہ امور نوٹ کر دینا چاہئے۔ اب بہت سی امتحانی شیا کی درجہ بندی اس اعتبار سے کی جاتی ہے کہ ان سے کسی معین فاصلہ سے پردہ شکلیہ رکھتے درجہ کا زاویہ بنتا ہے (یعنی ایک درجہ، دو درجہ وغیرہ کا)۔ یا امتحانی شے کی جسامت کو اور اُس فاصلہ کو جہاں سے اُس سے کام لیا گیا ہو، بہ سہولت ایک کسر کی صورت میں ظاہر کیا جاسکتا ہے، مثلاً  $\frac{5}{33}$  سے یہ مراد ہے کہ ۵ ملی میٹر جسامت کی شے کو  $\frac{1}{33}$  میٹر یا ۳۳ ملی میٹر کے معمولی محیط پیمائی فاصلہ سے استعمال کیا گیا۔

طبعی میدان بصارت کی وسعت - ۵ ملی میٹر (جسامت) کی یا ایک درجہ (کا زاویہ بنانے) والی سفید امتحانی شے کے لئے میدان بصارت کی وسعت صدغی جانب پر ۹۰ درجہ (یا زائد) ہوتی ہے، اور دوسری جانبوں میں یہ وسعت نسبتاً کم ہوتی ہے، جس کی وجہ ایک تو یہ ہے کہ ناک اور بھوؤں کے سبب سے مزاحمت ہوتی ہے اور دوسری یہ کہ شبکیہ کے مدِ رک لبقاً (percipient layers) صدغی جانب پر اُس قدر آگے تک نہیں پھیلے جس قدر آگے انغی جانب پر پھیلتے ہیں۔ انغی جانب پر میدان بصارت ۶۰ درجہ تک پھیلتا ہے، اور پر ۶۰ درجہ نیچے، ۰ درجہ (شکل ۲)۔

میدان بصارت کی حدود، امتحانی شے کی جسامت اور رنگ، شدتِ تنویر، امتحانی شے اور اُس کے ماحول کے درمیان تضاد، آنکھ کے توافق (adaptation) کی حالت، ان کے اشتراکِ عمل، ان سب چیزوں کے لحاظ سے مختلف



میدان بصارت میں امراض یا تغیرات - یہ تحدید (limitation) اور نقائص (defects) پر مشتمل ہوتے ہیں۔ تحدیدات تمام سمتوں میں مساوی انقباض (= concentric contraction) ہم مرکز انقباض کی شکل میں (شکل ۲۴) یا بقلعہ انقباض (irregular contraction) کی شکل میں (شکل ۱۸۲) ہو سکتی ہیں، یا میدان کا کچھ حصہ



شکل ۲۰۔ سپیشل اور رنگوں (نیچے) ٹیٹس اور سبز کے لئے طبی میدان۔

ایک جانب یا دوسری جانب کم ہو جاتا ہے۔  
 ہم مرکز انقباض (concentric contraction) محیط کے تمام حصوں کو مماثل طور پر متاثر کرتا ہے۔ جب یہ بہت زیادہ ہو جائے تو مرکز کی بصارت کے اور کچھ باقی نہ رہے



(شکل ۲۴۰)۔ چنانچہ ایسا انقباض جس میں مرکزی بصریت اچھی طرح سے محفوظ رہتی ہے، خاص کر کوئی التهاب شکیہ (retinitis pigmentosa) میں پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ انقباض محیط کی طرف ایک ہی جانب کو موقوف کرے۔ ایسی صورتوں میں ہم اسے صدغی (temporal) یا آنفی (nasal) انقباض یا بالائی یا زیریں انقباض کہتے ہیں۔ جب میدان کا نصف حصہ معدوم ہو (شکل ۲۴۴) تو نیم بصری (hemianopsia) پیدا ہو جاتی ہے (صفحہ 318)۔ بعض وقت انقباضات قطاعی شکل کے (sector-shaped) ہوتے ہیں۔ ایسی صورت میں یہ نقص ایک مثلث کی شکل کا ہوتا ہے جس کا قاعدہ محیطی ہوتا ہے بعض عوارض استبصاری میدان (visual field) کے نمیز و مخصوص انقباضات پیدا کر دیتے ہیں، مثلاً عصب بصری کے ذبول (atrophy of the optic nerve) میں ہم مرکزی انقباض ہوتا ہے۔ گلاکوما یعنی زرق الماء میں انقباض عموماً آنفی جانب پر سب سے زیادہ ہوتا ہے۔

ظلمہ یا تیرہ (scotoma) استبصاری میدان کے اندر کا نقص ہے۔ ایک فعلیاتی ظلمہ (physiological scotoma) نقطہ کور (blind spot) ہے، جو نقطہ تثبیت (point of fixation) کی صدغی جانب تقریباً ۱۵ درجہ پر واقع، اور عصب بصری کے مدخل سے مناظر ہوتا ہے (شکل ۲۰ میں چھوٹا بیضوی حلقہ)۔ ظلمات کو ان کے مقام کے لحاظ سے مرکزی (central) اور محیطی (peripheral) میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ مرکزی ظلمہ کی جائے وقوع نقطہ تثبیت سے مناظر ہوتی ہے (شکل ۲۳۹) اور جب یہ بہت زیادہ نمایاں ہوتا ہے تو مرکزی بصریت میں مزا حم ہوتا



یا اُسے بالکل زائل کر دیتا ہے۔ اس کی مثال وہ ظلمہ یا تیرہ ہے جو لُطخہ صفر (macula) کے مقام پر زرف (haemorrhage) کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ نزد مرکزی ظلمہ (paracentral scotoma) مثلاً وہ جو ابتدائی تنباکی غطش (tobacco amblyopia) میں ہوتا ہے، نقطہ تثبیت کی ایک جانب پر واقع ہوتا ہے، اور اس نقطے کے گرد ایک حلقہ یا حلقہ نما ظلمہ ہوتا ہے (مثلاً لونی التهاب شبکیہ retinitis

20 pigmentosa: محیطی ظلمہ (peripheral scotoma) بصارت میں بہت کم اختلال پیدا کرتا ہے، اور مریض کے علم کے بغیر بھی موجود ہو سکتا ہے، خصوصاً جبکہ وہ نقطہ تثبیت سے دور واقع ہو۔ اس قسم کے ظلمہ کی مثال مُتشرع التهاب شبیم (disseminated choroiditis) میں پائی جاتی ہے (شکل ۱۶۶، صفحہ ۱۹۴)۔

ظلمات یا تو مثبت (positive) ہو سکتے ہیں یا منفی (negative)۔ مثبت اُس وقت جبکہ مریض انھیں اپنے میدانِ نظر میں سیاہ دھبوں کی طرح دیکھتا ہے، اور منفی اُس وقت جبکہ وہ استبصاری میدان میں نقائص کے طور پر موجود رہتے ہیں، مگر جب تک کہ استبصاری میدان کا امتحان نہ کیا جائے خود مریض کو اُن کا ادراک نہیں ہوتا مثبت ظلمات و سائٹا (media) کے تغیرات یا شبکیہ کی تبدیلیوں کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ اگر زجاجیہ (vitreous) میں عتمات (opacities) موجود ہوں تو یہ ظلمات خود بخود متحرک (motile) ہوتے ہیں چنانچہ سماویر یا ترمرے (muscae volitantes) انھیں نقائص کی ایک قسم کوٹا ہر کرتے ہیں۔ منفی ظلمات (negative scotomata)



مطلق (absolute) ہو سکتے ہیں (اس حالت میں ناقص رقبہ میں ادراک نور بالکل زائل ہو جاتا ہے) یا اضافی (relative) (اس حالت میں اس رقبہ میں ادراک نور محض کم ہو جاتا ہے) یا بعض رنگوں کا ادراک ہوتا ہی نہیں) سمی غلطش (toxic amblyopia) ایسے ظلمہ کی مثال ہے جو مرکزی بھی ہے، اضافی بھی ہے، اور اکثر منفی بھی ہوتا ہے (شکل ۲۳۹)۔

استبصاری میدان کے اُن مرکزی اور متجاوز المرکز نقائص کی شناخت کے لئے جو ۳۰ درجوں کے نصف قطر کے اندر اندر ہوں، اور نقطہ کور کی جسامت کی تخمین کے لئے، ۲ ملی میٹر والی سپید اور زرخین امتحانی اشیاء استعمال کی جاتی ہیں، اور امتحان بجائے محیط پیمائی قوس کے ایک قسطی سطح کی وساطت سے عمل میں لایا جاتا ہے۔ اس مقصد کے لئے ہم ایک بیرومی پردہ (Bjerrum's screen) یا اس کی کثیر التعداد ترمیمات میں سے کوئی ایک ترمیم استعمال کر سکتے ہیں۔ بعض اوقات چھوٹے چھوٹے مرکزی نقائص کے لئے مجسمہ بینی نقشے (stereoscopic charts) (Haitz charts) کارآمد ہوتے ہیں۔

بیرومی پردہ ۲۰ مربع میٹر کا ایک کالاکٹر ہے جو ایک فریم یا چوکھٹے میں لگا ہوا ہوتا ہے۔ مریض کو اس سے ۲ میٹر فاصلہ پر بٹھایا جاتا ہے۔ اس کے بجائے ایک مربع میٹر کا نسبتہ چھوٹا پردہ بھی استعمال کر سکتے ہیں، مگر اس صورت میں مریض کو ایک میٹر فاصلہ پر بٹھانا چاہئے۔ ہم اتنا ۳ ملی میٹر کی امتحانی مشن (کالے ڈنڈے پر ایک سفید گولہ) استعمال کرتے ہیں۔ مریض کی ایک آنکھ ڈھانک دی جاتی ہے، اور دوسری آنکھ سے وہ پردہ کے مرکز میں ایک سپید دھبے پر نظر جماتا ہے۔ امتحانی مشن مختلف



خطوط نصف النہاری میں محیط سے مرکز کے طرف لائی جاتی ہے، اور ان نقطوں (مقامات) پر جہاں وہ غیر مرئی ہو جاتی ہے، نیز ان پر جہاں وہ پھر نظر آنے لگتی ہے، سیاہ سر والی آپسین لگا کر نشانات قائم کر لئے جاتے ہیں۔ پھر اندراج محفوظ رکھنے کی غرض سے اس امتحان کے نتیجہ کو ایک قرطاس (نقشہ) پر نقل کر لیا جاتا ہے، جس کو ایک سادہ اور آسان عمل بنانے کے لئے آج کل بہت سی ترکیبیں متعمل ہیں۔ ان میں سب سے بہتر سنکلیر کا قاعدہ (Sinclair's rule) ہے۔ اس میں ان فاصلوں کو 21 جو نقطہ تثبیت سے باہر کو جاتے ہیں، مناسب درجات میں تبدیل کر لیا جاتا ہے۔ مختلف نصف النہاری خطوط بھی اس قاعدے میں ظاہر کئے جاتے ہیں۔ چونکہ اس محیط پیمائی امتحان کے مقابلہ میں آنکھوں اور پردہ کے درمیان زیادہ فاصلہ رکھا جاتا ہے، لہذا نقص کا اضلال (projection) نسبت زیادہ بڑا ہوتا ہے اور اسی واسطے اس کی شناخت ابتدا ہی میں (جلد تر) ممکن ہوتی ہے۔

## حس لون

(COLOUR SENSE)

بہشتیت مجموعی حس لون (یعنی مختلف رنگوں کو تمیز کرنے کی قوت) کی تفتیش جن طریقوں سے کی جاتی ہے ان کا بیان اکیسلویں باب میں آئے گا۔

جن طریقوں سے مرکزی ادراک لون (central perception of

colour) کا امتحان کیا جاتا ہے ان کا بیان صفحہ 309 پر درج ہے۔ میدانِ لون



کی محیطی وسعت کی تحقیق کے لئے چھوٹی چھوٹی اشیاء استعمال کی جاتی ہیں، مثلاً رنگین کاغذ کے مربعات (squares) یا چھوٹے چھوٹے رنگین لٹوجن کا قطر ۵ یا ۱۰ ملی میٹر ہو۔ یہ چیزیں محیط پریم میں رکھ کر یا امتحان میدان کے دوسرے زیادہ موٹے (سرمری) طریقوں میں، محیط سے مرکز کی طرف لائی جاتی ہیں۔

میدانِ ألوان (field for colours) سپید چیزوں کے میدان کی نسبت چھوٹا ہوتا ہے، مگر اُس کی عام شکل ویسی ہی ہوتی ہے۔ مختلف رنگوں کا میدان مختلف ہوتا ہے، چنانچہ نیلے رنگ کا میدان سب سے بڑا، بُرخ کا اُس سے کم، اور سرخ کا سب سے چھوٹا ہوتا ہے۔ ان کی حدود (جو شکل ۲۰ میں درج ہیں) اُن نقطوں سے متناظر ہوتی ہیں جہاں سے رنگوں کی تمیز ہو سکتی ہے، نہ کہ اُن نقطوں سے جہاں سے کسی حرکت کرنے والی شے کی محض موجودگی کا ادراک ہوتا ہے۔ اس امر سے کہ امتحانی شے کی چمک دمک یا رنگ سیری (colour saturation) کس درجہ کی ہے، میدان کی جسامت پر نمایاں اثر پڑتا ہے۔ لونی میدانوں کا امتحان نہایت اہم چیز ہے، کیونکہ اکثر ایسا پایا گیا ہے کہ رنگوں کے میدان کا انقباض (کمی) سپیدی کے میدان کے انقباض سے پہلے ہی موجود ہوتا ہے۔ نسبت زیادہ نازک امتحان ہے، اور اس کے ذریعہ قوتِ بصارت کی کمی کی شناخت اُس وقت سے پہلے ہو سکتی ہے جبکہ یہ کمی اس قدر نمایاں ہو جائے کہ سپیدی کے میدان کو ماؤف کرنے کے لئے کافی ہو۔ لیکن ہمیں ایسے میدانوں کی صحت پر حد سے زیادہ اعتماد نہیں رکھنا چاہئے، کیونکہ ان کا انحصار بڑی حد تک مرض کی سمجھ پر



ہوتا ہے۔

## حس نور

(LIGHT SENSE)

شدتِ تنویر (چمک و مک) کے درجات کے ادراک کی طاقت کو حسِ نور (light sense) کہتے ہیں۔ ہم یا تو تنویر کی اُس اقل حد کی تعیین کرتے ہیں جس حد تک کوئی شے اب بھی مرئی (visible) ہے (اقلیہ نور: L.M.=light minimum) یا تنویر کے اُس صغیر ترین فرق کی جو محسوس کیا جاسکے (فرقِ نور: L.D.=light difference)۔

تیز چمکدار روشنی میں سے اندھیرے میں، یا اندھیرے سے تیز روشنی میں جانے میں بصارت میں بہت مزاحمت ہوتی ہے، اور نظر کے طبعی (معمولی) ہونے میں کچھ نہ کچھ عرصہ لگتا ہے۔ اس مطالبقتِ نظر کو توافق (adaptation) کہتے ہیں۔ حسِ نور کی تخمین ایک آلہ سے کی جاتی ہے، جسے نور پیم (photometer) کہتے ہیں، یا ایک قرطاس (نقشہ) کے ذریعہ سے، جس پر مختلف الکثافتِ رمادی رنگ کی زمین پر رمادی رنگ کے حروف چھپے ہوئے رہتے ہیں۔

عصبِ بصری (optic nerve) اور شبکیہ کے امراض میں، نیز زرقِ الماء (گلاکوما) میں، حسِ نور کم ہو جاتی ہے۔ اُن حالتوں میں، جن کے ساتھ شبِ کوری (night blindness) (رتوند) موجود ہو (مثلاً لوئی التهابِ شبکیہ: retinitis pigmentosa میں) حسِ نور کی نمایاں کمی پائی جاتی ہے۔ مگر حسِ نور کی تخیل ہمیشہ روشن نگاہی یا



تیزی نظر (acuteness of vision) کے ساتھ متناسب نہیں ہوتی ہے۔

آنکھ کے ذاتی تحریک (motility) کے امتحان کا بیان ۲۶ ویں

۲۷ ویں، اور ۲۸ ویں بابوں میں درج ہے۔



## باب سوم

# معروضی امتحان چشم جو تاریک حجرہ میں عمل میں لایا جاتا ہے

تاریک حجرہ کے امتحان میں مندرجہ ذیل مراحل شامل ہیں :

(۱) تنویر مؤرب (Oblique illumination) کرکے چشم کے سامنے کے حصوں کے طبی امتحان کے لئے ۔

(۲) چشم بین کو فاصلہ پر رکھ کر امتحان (Examination

with the ophthalmoscope at a distance) جو کرکے چشم

کے وسائط (media) کے استقصا (exploration) اور اس امر کی تعین کے لئے کیا جاتا ہے کہ آیا آنکھوں کی دو چشمی تثبیت (binocular fixation) واقع ہوتی ہے یا نہیں ۔

(۳) چشم بینی کا یا الواسطہ طریقہ (Indirect

method of ophthalmoscopy) 'تقریر چشم (fundus) کے



امتحان کے لئے۔ اس میں ایک مرکب تصویر (inverted picture) حاصل ہوتی ہے، جس کی تکبیر (magnification) ادنیٰ ہوتی ہے۔  
(۴) چشم بینی کا بلا واسطہ یا راست طریقہ (Direct method of ophthalmoscopy)، قعر عین کے امتحان کے لئے، جس میں تصویر سیدھی اور زیادہ بکتر (magnified) دکھائی دیتی ہے۔

(۵) عبوری تنویر (Transillumination)۔

(۶) قرنیتی خرد بین (Corneal microscope) اور

شگافی چراغ (slit-lamp) کے ذریعہ امتحان۔

امتحان کے تجربے کی دیواریں سیاہ ہونی چاہئیں، اور بجز اس روشنی کے جو سرجن (ممتحن) کے چراغ سے ملتی ہوئی ہے اس تجربے سے تمام روشنی خارج کر دینا چاہئے۔ مبدئہ تنویر جو عموماً پسند کیا جاتا ہے، ایک برقی روشنی ہے جو ایک ہرہتی دیوار گیر (universal bracket) پر لگی ہوئی ہوتی ہے۔ اس میں یہ آسانی ہوتی ہے کہ روشنی کو مریض کے ہر جانب رکھ سکتے ہیں اور جب چاہیں اوپر یا نیچے لاسکتے ہیں۔ مریض کو بٹھا دینا چاہئے، اور ممتحن خواہ کھڑا رہے یا بیٹھا رہے۔

## تنویر مؤرب

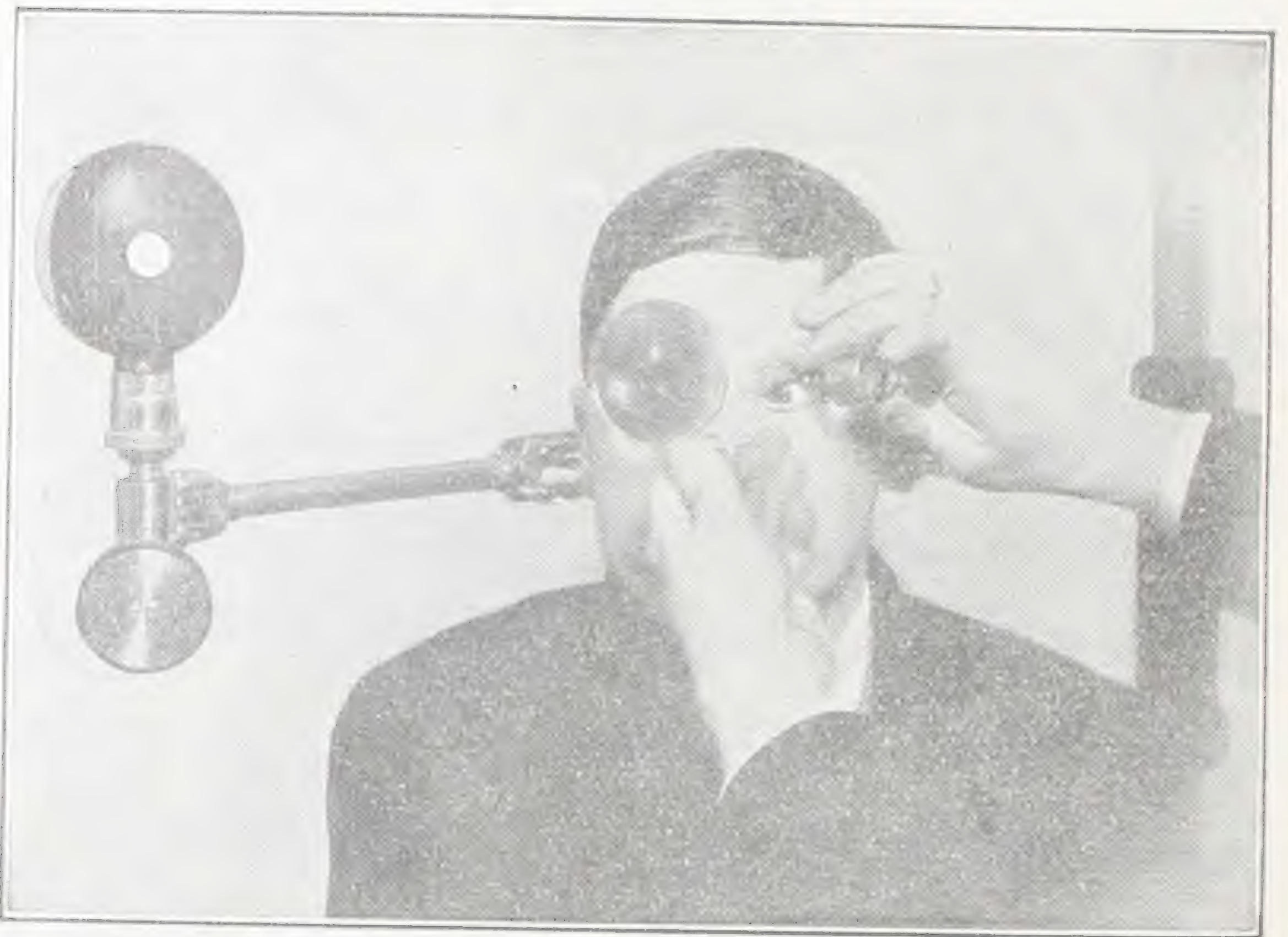
مؤرب، جانبی، یا ماسکی تنویر (Oblique, lateral

or focal illumination) - قرنیہ، خزانہ مقدم (anterior

chamber، قرچیہ (iris) اور عدسہ (lens) کے دقیق امتحان اور



استقصا کے لئے ایک نہایت قیمتی ذریعہ ہے۔ ۲ یا ۳ اینچ ماسکہ والے قوی محدب عدسہ کے ذریعہ آنکھ پر روشنی اس طرح سے مرکز کی جاتی ہے کہ روشنی کے مخروط کا راس اُس شے سے متناظر رہے جس کا امتحان کرنا ہے (شکل ۲۱)۔ مبدیٰ تنویر تقریباً ۱۸ اینچ کے فاصلہ پر مریض کی جانب کو، اُس سے



شکل ۲۱۔ تنویر مؤرب اور لوپ کے ذریعہ امتحان۔

24 کمی اینچ آگے بڑھا ہوا، اور آنکھ کے لیول پر ہونا چاہئے۔ انگوٹھے اور انگشت شہادت کے درمیان عدسہ کے کنارے کو، یا اُس کے دستہ کو، پکڑ کر اس طرح رکھا جائے کہ اُس کی سطحیں اُس سمت کے ساتھ، کہ جس



سمت سے روشنی آرہی ہے، زاویہ قائمہ بنائیں۔ اور چھنگلیا (خنصر) کو مریض کے چہرہ کی جانب پرٹکا کر عدسہ کو اپنی جگہ پر قائم (غیر متحرک) رکھ سکتے ہیں۔ ایک آنکھ کا امتحان ہو جانیکے بعد، اس سہارا دینے والی چھنگلیا کو اپنی جگہ سے ہٹائے بغیر، ہم مریض کے سر کو قدرے روشنی کی طرف ہٹا دیتے ہیں تاکہ اُس کی دوسری آنکھ پر روشنی پڑنے لگے۔ روشنی کسی جانب بھی رکھ سکتے ہیں۔ چنانچہ اگر روشنی دائیں جانب ہو تو عدسہ کو بائیں ہاتھ سے اور اگر روشنی بائیں جانب ہو تو عدسہ کو دائیں ہاتھ سے پکڑنا چاہئے۔ قریبی مکبر (corneal magnifier) سے امتحان کے دوران میں، اکثر پسندیدہ طریقہ یہ ہو سکتا ہے



شکل ۲۲۔ قریبی مکبر

(corneal magnifier)

کہ روشنی ترچھے رخ میں مریض کی ناک پر سے عبور کرتی ہوئی اُس آنکھ پر ڈالی جائے جس کا امتحان کیا جا رہا ہے، تاکہ ممتحن کو مریض کے چہرے کے سامنے نہ رہنا پڑے۔ ایسی صورت میں ممتحن (ممتحن) اُس جانب پرکھڑا رہتا ہے جس جانب کی آنکھ کا وہ

امتحان کر رہا ہے۔ قریبی کا امتحان کر لینے کے بعد عدسہ کو مریض کی آنکھ سے اور قریب لایا جاتا ہے، تاکہ روشنی کے مخروط کا راس اُن عمیق تر ساختوں سے متناظر رہے جنکی تفتیش مقصود ہے۔

اگر ہم مریض کی آنکھ کے سامنے ایک دوسرا قوی محدب عدسہ (لوپ) (loupe: جوہ یا ۱۰ گنا تکبیر کر دیتا ہو)، اُس کے ماسکی فاصلہ (۱ یا ۲ انچ) پر



پکڑ رکھیں تو اس ترکیب سے منور رقبہ کی تکبیر ہو کر ہمیں اور بھی زیادہ تفصیلاً حاصل ہو سکتے ہیں۔

تو یہ نورب سے قرنیہ، رطوبت مائئہ (aqueous) یا عدسہ کے عکاسات (opacities) حدقہ چشم یعنی پتلی کی سیاہ زمین پر مادی مائل یا سپید دھبوں کی طرح نظر آتے ہیں (اشکال ۲۸-۳۰-۳۲-۳۴، صفحہ

(۲)۔

## چشم بین

(OPHTHALMOSCOPE)

چشم بین کو ہیلیم ہالٹز (Helmholtz) نے ۱۸۵۱ء میں ایجاد کیا۔ اس سے پہلے ہمیں اس امر کے متعلق عملاً کوئی معلومات حاصل نہ تھے کہ دوران حیات میں اندرون چشم (interior of the eye) کی کیا حالت ہوتی ہے۔ اس ایجاد کی اہمیت نہ صرف اس امر میں ہے کہ ہم اس کی بدولت اندرون چشم کا استقصا (تفتیش و جستجو) کر سکتے ہیں، بلکہ اس امر میں بھی کہ اس کی وساطت سے ہم قعر چشم (fundus) کے تغیرات کو شناخت کر سکتے ہیں، جس سے ممکن ہے کہ ہمیں عام نظام جسم کے امراض کی تشخیص کے متعلق قیمتی معلومات حاصل ہو جائیں۔

چشم بین دو قسموں کی ہوتی ہے :

۱۔ معمولی عاکس قسم (reflecting form) جس میں مبدؤ تنویر آزاد یا علیحدہ ہوتا ہے۔

۲۔ از خود منور قسم (self-luminous type) جس میں مبدؤ تنویر



نور اس آلہ کے اندر موجود ہوتا ہے۔

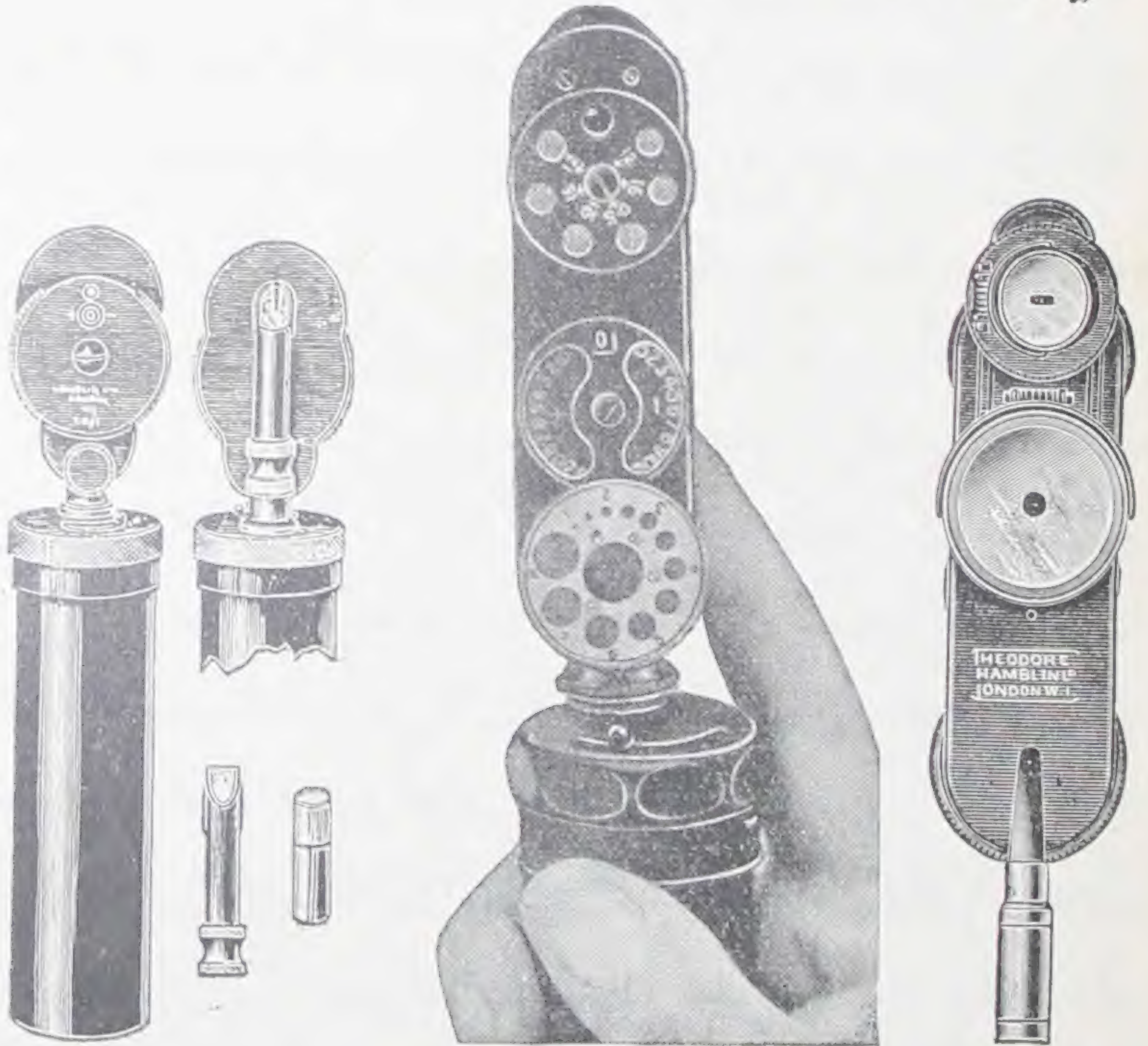
اس آلہ کا اہم حصہ ایک سوراخدار آئینہ ہے جو ایک جھولت گیش  
رستہ پر نصب ہوتا ہے اور اس کے پیچھے ایک قرص (lens) لگا ہوا  
ہوتا ہے جس میں محدب اور مقعر عدسے موجود ہوتے ہیں۔

کرتا چشم کے اندرون (اندولی حصے) میں روشنی منکس کر لیکے لے  
آئینہ کارآمد ہوتا ہے اور اس روشنی کا ایک حصہ مریض کی آنکھ سے  
واپس ہونے کے بعد چشمین کے سوراخ میں سے گذر کر محاذ کثرت  
(مشاہد) کی آنکھ میں داخل ہو جاتا ہے۔ معمولی چشمین میں محاذ مقعر اور  
مقدور آئینے کا کام میں لائے جاتے ہیں، ایک نسبت بڑا جو با واسطہ استخوان  
(indirect examination) میں استعمال کیا جاتا ہے اور ایک  
نسبت چھوٹا، جھٹکا یا بٹوا (جو دائیں طرف یا بائیں طرف گھمایا جاسکتا ہے)  
تاکہ روشنی اس کے محل وقوع کے لحاظ سے منکس کی جاسکے اور با واسطہ  
یعنی راست امتحان (direct examination) میں استعمال کیا جاتا ہے۔  
بڑے اور چھوٹے مستوی آئینے (plane mirrors) دونوں مخصوص امتحانات  
کے لئے مستراد کئے جاسکتے ہیں، جن کے لئے چنداں تیز تصویر کی ضرورت  
نہیں ہوتی۔

عدسہ بردار قرص (lens disc) آئینے کے پیچھے لگا ہوتا ہے۔ اس  
قرص میں ایک سلسلہ عدسات موجود ہوتا ہے جس کے عدسے یکے بعد دیگر  
20 علی الترتیب ضعیف سے قوی تک آتے ہیں۔ قرص کی دندالے دار کور پر



انگلی رکھ کر اُس کے ذریعہ قرص کو پھرایا جاسکتا ہے، تاکہ آئینہ کے سوراخ کے پیچھے حسب خواہش کسی بھی عدد کو لاکر رکھ سکیں۔ ہر عدد کے مقابلہ میں اُس کا شمارہ رہتا ہے، جس سے اُس کی طاقت ڈیپٹیرس (dioptries) یعنی بصروں میں ظاہر ہوتی ہے۔



شکل ۲۳ - مورٹن (Morton) کی چشم بین - جو خود منور (Self-luminous) کی برقی چشم بین - شکل ۲۴ - مورٹن کے طرز کی چشم بین، شکل ۲۵ - مے (May) کی برقی چشم بین -

برقی چشم بین (electric ophthalmoscope) (اشکال ۲۴ - ۲۵)



ایک خود منور آلہ ہے جس میں روشنی کی رو عموماً ایک خشک خانوی مورچہ سے حاصل ہوتی ہے، جو اس کے دستہ میں موجود ہوتا ہے۔ اب یہ چشم بین عام طور پر بکثرت مستعمل ہے، اور طلبہ اور مزاولین فن کے لئے خاص طور پر کارآمد ہوتی ہے، کیونکہ اس آلہ کی مدد سے قعر چشم کا خاطر خواہ نظارہ دن کی روشنی میں بھی، بلا تکلف، اور بدوں زیادہ خصوصی تربیت کے کیا جاسکتا ہے، اور پتلی کو پھیلانے کی ضرورت بھی نسبتاً کم لاحق ہوتی ہے۔ مریض کا امتحان بستر پر کرنا ہو تو اس کے لئے یہ ایک ناگزیر چیز ہے۔ بائیمہ یہ معمولی چشم بین کا بدل کلی طور پر نہیں ہو سکتی، اور طالب علم کے لئے قرین مصلحت یہی ہے کہ وہ معمولی چشم بین کے طریقہ استعمال سے کامل طور پر واقف ہو جائے۔ کسی برقی چشم بین سے تشفی بخش نتائج حاصل کرنے کے لئے ضروری ہے کہ اُسکی مطابقت اور درستی (adjustment) کرنے میں چند اہم احتیاطوں سے کام لیا جائے، تاکہ قعر چشم کی کامل تنویر یقینی طور پر حاصل ہو سکے۔ اس قسم کی ہدایتیں آلہ ساز کارخانہ کی طرف سے بہم پہنچائی جاتی ہیں، یا بہم پہنچائی جانی چاہئیں، اور یہ مختلف اقسام کی چشم بینوں کی صورت میں مختلف ہوتی ہیں۔ جب مختلف قسموں کے امتحان (بلا واسطہ، بالواسطہ، وغیرہ) کے لئے ایک بار تنویر کی صحیح صحیح مطابقت یا درستی (adjustment) کر لی جاتی ہے تو طریق کار وہی ہوتا ہے جو غیر منور چشم بین استعمال کرنے میں اختیار کیا جاتا ہے۔

۱۔ خود منور (self-illuminating)۔ ۲۔ خشک خانوی مورچہ (dry-cell battery)

۳۔ مزاولین فن (practitioners)۔

۴۔ غیر منور چشم بین (non-luminous ophthalmoscope)۔



## چشم بین کے ذریعہ امتحان

(OPHTHALMOSCOPE EXAMINATION)

قعر چشم کے امتحان سے پہلے ہمیں وسائط کی تفتیش کر لینی چاہئے۔ یہ ابتدائی مرحلہ اہم ہے، کیونکہ اس سے اُن ترمیمات کی توجیہ ہوتی ہے جو اس کے بعد کے طریقوں سے حاصل شدہ تصویر (منظر) میں پائی جاتی ہیں، یا اُن حالتوں میں جن میں وسائط کے اندر تغیرات موجود ہوں اس امر کی توضیح معلوم ہو جاتی ہے کہ قعر چشم کے دیکھنے میں کیوں ناکامی رہی۔ ایسے معلومات حاصل کرنے کے ایک طریقہ، یعنی تنویر مؤرب (oblique illumination) کا بیان تو پہلے درج ہو چکا ہے، اور یہ طریقہ مقدم وسائط (anterior media) کے لئے خاص طور پر قابلِ اطلاق (موزوں) ہے دوسرا طریقہ حسب ذیل ہے:

## چشم بین کے ذریعہ فاصلہ سے امتحان

اس طریقہ سے تمام وسائط — قرنہ، مائیہ (aqueous) عدسہ (lens)، اور زجاجیہ (vitreous) کی تفتیش کی جاسکتی ہے۔ روشنی آئینہ سے مریض کی آنکھ کے اندر منعکس کی جاتی ہے اور وہ (روشنی) آنکھ کے پس منظر (background) سے واپس ہونے میں مریض کے وسائط میں سے گذر کر چشم بین کے سوراخ میں سے ہوتی ہوئی ممتحن کی آنکھ میں پہنچتی ہے۔ عاکس چشم بین (reflecting ophthalmoscope) کی صورت میں، مبدئ تنویر مریض کے سر سے ذرا ہی اوپر رکھا جاتا ہے، تاکہ روشنی



مریض کی کنپٹی پر پڑے اور اُس کا چہرہ اندھیرے میں رہے۔ مریض کا چہرہ ممتحن کے سامنے رہتا ہے، اور ممتحن ٹھیک سامنے کھڑا یا بیٹھا رہتا ہے۔ ممتحن چشم بین کو اپنی ایک آنکھ کے سامنے اس طرح رکھتا ہے کہ اُس کے سوراخ میں سے ہو کر دیکھ سکے۔ وہ چشم بین کو اپنی ناک کی ایک جانب پر اور فوقی الحجری حاشیہ پر سہارا دیکر جمائے رکھتا ہے۔ مریض اور ممتحن کا درمیانی فاصلہ ۱۵ انچ کے قریب ہوتا ہے۔

28

روشنی آئینہ سے بیمار کی آنکھ میں منعکس کی جاتی ہے۔ جب یہ روشنی مریض کی آنکھ کے پس منظر (خلفی سطح) پر پہنچتی ہے تو وہاں شیمیائی عروق (choroidal vessels) اور شبکیاتی اور شیمیائی لون (retinal & choroidal pigment) کے تماس کی وجہ سے اُس کا رنگ نارنجی لُخ ہو جاتا ہے۔ یہ رنگین روشنی بیمار کی آنکھ میں سے واپس ہو کر آئینہ میں کے سوراخ کی وساطت سے ممتحن کی آنکھ میں داخل ہو جاتی ہے۔ روشنی کا رنگ امتحان کردہ شخص کے پس منظر کے رنگ کے لحاظ سے مختلف ہوا کرتا ہے، اور اس رنگ کا انحصار شیمیائی اور شبکیاتی لون کی افراط پر ہوتا ہے۔ چنانچہ ہلکے رنگ کے آدمیوں میں یہ روشنی نسبتاً زیادہ چمکدار اور صاف، اور دوسرے اشخاص میں نسبتاً تاریک ہوتی ہے۔ علاوہ بریں یہ تنویر کی مقدار سے بھی متاثر ہوتی ہے۔ اسی واسطے جب پتلی کو مصنوعی طور پر پھیلا دیا جائے تو یہ معکوسہ (reflex) زیادہ چمکدار اور واضح نظر آتا ہے۔ مریض سے کہا جاتا ہے کہ وہ اپنی آنکھ کو مختلف سمتوں میں حرکت دے، اور اس طریقے سے سائٹ کے









شکل ۲۶—طلعی قعری مکروسہ  
چشم بین فاصلہ پر



شکل ۲۷—نفس البصر میں قعری مکروسہ  
چشم بین فاصلہ پر



شکل ۲۸—قرنیہ کی عتمیت  
تنویر مورب



شکل ۲۹—قرنیہ کی عتمیت  
چشم بین فاصلہ پر



شکل ۳۰—شیخوخی نزول الماء (قشری)  
تنویر مورب



شکل ۳۱—شیخوخی نزول الماء (قشری)  
چشم بین فاصلہ پر



شکل ۳۲—شیخوخی نزول الماء (نواقی)  
تنویر مورب



شکل ۳۳—شیخوخی نزول الماء (نواقی)  
چشم بین فاصلہ پر



شکل ۳۴—وریدی نزول الماء  
تنویر مورب



شکل ۳۵—وریدی نزول الماء  
چشم بین فاصلہ پر

شکل ۲۶ تا ۳۵—وسائط کا امتحان، تنویر مورب کے ذریعہ، اور چشم بین کو فاصلہ پر رکھ کر۔ پتلی معتدل طور پر پھیلی ہوئی ہونی چاہئے۔



مختلف حصوں کا استقصا اور تفتیش کی جاتی ہے۔ طبعی آنکھ میں ایک کیسا نارنجی سرخ معکوسہ چل ہوتا ہے (قمری معکوسہ = fundus reflex) (شکل ۲۶، صفحہ ۲)۔ اب اگر قصر کے عروق کی کوئی تفصیلات نظر آنے لگیں تو سمجھنا چاہئے کہ مریض کی آنکھ ناقص البصر (ametropic) ہے (شکل ۲۷، صفحہ ۲)۔ اگر مشاہد اپنے سر کو جانباً ادھر ادھر حرکت دے اور ایسا کرنے پر اسے یہ عروق بھی اُسی جانب حرکت کرتے ہوئے نظر آئیں تو سمجھنا چاہئے کہ مریض کی آنکھ طویل النظر (hypermetropic) ہے اور اگر حروف اس کی مخالف سمت میں حرکت کرتے نظر آئیں تو سمجھنا چاہئے کہ مریض کی آنکھ قصیر النظر (myopic) ہے۔

اگر وسائط میں سے کسی ایک واسطہ میں بڑے اور کثیف عتلات (opacities) موجود ہوں تو وہ پتلی کے رنگین پس منظر پر تاریک یا سیاہ دھبوں کی طرح دکھائی دیں گے۔ وہ سیاہ اس وجہ سے ہوتے ہیں کہ وہ روشنی کے کچھ حصے کے گزرنے میں سدِ راہ ہوتے ہیں (اشکال ۲۹، ۳۱، ۳۲، ۳۵، صفحہ ۲)۔

وسائط کے عتلات یا تو قائم ہوتے ہیں، اور ایسی حالت میں وہ صرف آنکھ کے ساتھ حرکت کرتے ہیں، یا وہ حرکت پذیر (سارج = تیرتے ہوئے floating) ہوتے ہیں، یعنی جب آنکھ کو تیزی کے ساتھ حرکت دے کر دفعۃً ٹھیرالیا جائے تو یہ عتلات ادھر ادھر تیرتے رہتے ہیں۔ آخر الذکر یعنی سارج عتلات زجاجیہ (vitreous) میں واقع ہوتے ہیں۔ وسائط کے



عمتات کے محل وقوع کی تخمین اکثر تنویر مؤرب سے کی جاسکتی ہے۔ ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ مشاہد اپنے سر کو ایک جانب سے دوسری جانب کو آہستہ سے حرکت دے اور دیکھے کہ اس حرکت کے دوران میں وہ عمت مریض کی پتلی کے لحاظ سے کدھر ہلتی ہے۔ جب عمت کوئی صریح حرکت ظاہر نہ کرے تو سمجھنا چاہئے کہ وہ قزحیہ (iris) کے مستوی میں ہے۔ جب وہ مخالف سمت میں حرکت کرتی ہوئی معلوم ہو تو وہ اس کے سامنے ہے۔ اور جب وہ اُسی سمت میں حرکت کرتی ہوئی معلوم ہو تو سمجھنا چاہئے کہ وہ اُس مستوی کے پیچھے ہے۔ ایک تیسرا طریقہ عمت کی حرکت اور کڑہ چشم کی حرکت کے باہمی رشتہ پر مبنی ہے۔ چنانچہ اُس وقت جبکہ مریض اپنی آنکھ کو حرکت دے اگر عمت آنکھ کے ساتھ (اُسی سمت میں) حرکت کرے تو اُسے (عمت کو) کڑہ چشم کے مرکز تدویر (centre of rotation) کے سامنے ہونا چاہئے (یہ مرکز تدویر زجاجیہ کے مقدم حصے سے متناظر اور شبکیہ کے تقریباً ۱۰ ملی میٹر سامنے ہوتا ہے)۔ لیکن اگر وہ (عمت) مخالف سمت میں حرکت کرے تو اُسے اس نقطہ سے پیچھے ہونا چاہئے۔ اور اگر اُس (عمت) میں حرکت ہی نہ ہو تو اُسے ٹھیک مرکز پر ہونا چاہئے۔ ان دونوں طریقہائے امتحان میں صریح حرکت جس قدر زیادہ ہوگی، عمت قزحیہ کے مستوی اور کڑہ چشم کے مرکز تدویر سے علی الترتیب اُسی قدر زیادہ دُور ہوگی۔

اس مرحلہ میں حَوَل (squint) کی موجودگی یا غیر موجودگی کی تعیین



اُن طریقوں کے ذریعہ کرنی چاہئے، جن کا بیان صفحہ 412 پر کیا گیا ہے۔  
وسائل اور قرصیہ کے تغیرات کی مزید تفصیل اس طرح حاصل کی جاسکتی  
ہے کہ چشم بین کے ثقبہ نظر (sight-hole) میں طاقتور (۵ تا ۲۰ بصریہ)  
معدب عدسے رکھے جائیں، اور جیسے جیسے ان عدسوں کی طاقت بڑھائی  
جائے چشم بین کو بتدریج آنکھ کے نزدیک لایا جائے۔

یہ امتحان عموماً طبعی جسامت کی پتلی میں سے کیا جاسکتا ہے۔ مگر ممکن  
ہے کہ پتلی کو پھیلانے کی ضرورت لاحق ہو۔ کوکین (cocaine) کے ۱ فیصد  
طاقت کے محلول کا ایک قطرہ ٹپکانے سے معتدل درجہ کا اتساع  
(dilatation) حاصل کیا جاسکتا ہے۔ اس سے ۱۵ دقیقوں (منٹ)  
کے بعد پتلی پھیل کر کافی بڑی جسامت کی ہو جائے گی اور پھر اس کے اثرات  
نصف گھنٹہ میں زائل ہو جائیں گے، اور اس طرح مریض کو بھی کوئی تکلیف  
نہ ہوگی۔ یوفتھالمن (euphthalmine) کے پانچ فیصد طاقت کے  
محلول کا فعل زیادہ قوی ہوتا ہے، اور اس کا اثر چند گھنٹوں میں زائل  
ہو جاتا ہے۔ ہوم ایٹروپین (homatropine) کے ایک فیصد محلول  
کا یا ایک فیصد ہوم ایٹروپین اور ایک فیصد کوکین کے آمیزے کا  
ایک قطرہ آنکھ میں ٹپکا دینے کے بعد اس سے بھی زیادہ اتساع ہو جاتا ہے۔ یہ  
۲۰ تا ۳۰ دقیقوں میں اتساع مدقمہ (mydriasis) پیدا کر دیتے ہیں اور انکے اثرات  
۲۲ سے ۲۸ گھنٹے تک باقی رہتے ہیں۔ چشم بینی امتحان کے لئے پتلی کو پھیلانے کی  
غرض سے ایٹروپین (atropine) نہیں استعمال کرنا چاہئے۔ کوئی موسع صدمہ دوا  
(mydriatic) استعمال کرے پہلے ہمیں اس امر کے متعلق پورا یقین ہونا چاہئے کہ کلاکوما (زرق)



کی کوئی علامت موجود نہیں ہے۔ کسی موثّق حدقہ دوا کے زیر اثر ایک  
سن رسیدہ شخص کی آنکھوں کا امتحان کرنے کے بعد یہ احتیاط قرین مصلحت  
ہے کہ کوئی قابض حدقہ (miotic) دوا ٹپکا دی جائے۔

## چشم بین کے ذریعہ امتحان کا بالواسطہ طریقہ

(THE INDIRECT METHOD OF OPHTHALMOSCOPIC  
EXAMINATION)

بالواسطہ طریقہ سے قعر چشم کی مُرکس یا اُلٹی شبیہ (inverted  
image) حاصل ہوتی ہے، جو تقریباً ۴ قطر بڑی (تکبیر یافتہ) ہوتی ہے۔  
جب مبدئ تنویر خارجی ہو تو وہ مرینس کے سر کے عین اوپر ہوتا ہے،  
اور ممتحن تقریباً ۱ میٹر فاصلہ پر مرینس کے سامنے ہوتا ہے۔ چشم بین کے  
سوراخ میں ہم ۲ بصریہ کا ایک محدب عدسہ (2 D. convex lens)  
رکھتے ہیں، جس سے ممتحن کو اپنی طاقت توفیق سے کام لئے بغیر ایک  
صاف اور واضح شبیہ حاصل ہو سکتی ہے۔ چشم بین کو کسی ایک آنکھ  
کے سامنے رکھنے سے ہمیں قعری معکوس (fundus reflex) حاصل  
ہو جاتا ہے۔ اب تقریباً ۳ انچ ماسک کا ایک طاقتور (۱۲ بصریہ،  
14 D. کا) محدب عدسہ (جسے دہانہ یا معروضی عدسہ objective lens  
کہتے ہیں) تقریباً اُس کے ماسکی فاصلہ پر اُس آنکھ کے سامنے  
رکھا جاتا ہے جس کا امتحان کرنا مقصود ہے۔ بائیں ہاتھ کے انگوٹھے  
اور انگشت شہادت کی مدد سے اس عدسہ کے کناروں کو یا اس کے  
دستہ کو پکڑ لیا جاتا ہے، اور دوسری انگلیوں میں سے ایک انگلی کو مرینس کی



پیشانی پر رکھ کر سہارا لیا جاتا ہے (شکل ۳۶)۔ اگر پس منظر (خلفی سطح) کے



شکل ۳۶ چشم بین کے ذریعہ امتحان کا بالواسطہ طریقہ۔

کچھ حصہ کا منظر صاف نظر نہ آئے تو ہم آہستہ سے اپنے سر کو آگے یا پیچھے ہٹا کر اپنے اور مرئیض کے درمیان کے فاصلہ میں کمی یا بیشی کر لیتے ہیں، یہاں تک کہ عدسہ کے سامنے تھوڑے فاصلہ پر، اُس کے ماسک کے مقام پر، قعر چشم کی ایک صاف اور واضح ہوائی شبیہ مرکس (الٹی) نظر آنے



لگتی ہے۔

دایاں قعر دیکھ لینے کے بعد، ہم روشنی، چشم بین، مریض، یا ممتحن کی وضع قیام میں کوئی تبدیلی کئے بغیر، بائیں قعر کا امتحان شروع کرتے ہیں۔ ہم صرف عدسہ کو ہٹا کر مریض کی بائیں آنکھ کے سامنے لے آتے ہیں اور اپنی بیچ کی انگلی کو مریض کی پیشانی پر رکھ کر عدسہ کو ٹھیرائے رکھتے ہیں۔ چھٹکیا (خنصر) اور انگشت خاتم (بنصر) کو متبیلی کے اندر موڑ لیا جاتا ہے تاکہ وہ مریض کی دائیں یعنی آزاد آنکھ کے سامنے حائل نہ ہوں اور مریض کو جس جانب نظر جما کر دیکھنے کے لئے کہا جائے اُس سمت دیکھنے میں رکاوٹ نہ ہو۔ بائیں آنکھ کے امتحان میں، اگر ہم چاہیں تو چشم بین کو اپنے بائیں ہاتھ میں، اور عدسہ کو دائیں ہاتھ میں رکھ سکتے ہیں۔

ہم امتحان ہمیشہ عصب بصری (optic nerve) کے مدخل (قرص یا حَلِیمہ: disc or papilla) کی تلاش و جستجو سے شروع کرتے ہیں، کیونکہ یہ آنکھ کے پس منظر میں سب سے زیادہ ممتاز اور نمایاں چیز ہے۔ عصب بصری کا مدخل استبصاری محور (visual axis) سے قدرے اندر کی طرف، یعنی انفی جانب کو، ہوتا ہے۔ چنانچہ اُس کو نظر کے سامنے لانے کے لئے مریض کو یہ ہدایت کی جائے کہ ذرا اپنی آنکھ کو اندر کی طرف حرکت دے۔ اس سے مریض کے کرہ چشم کا پچھلا قطب (posterior pole) بیرونی جانب کو گھوم جائے گا۔ جب ہم مریض کے بالکل سامنے ہوں تو یہ مقصد اس طرح حاصل ہو سکتا ہے کہ دائیں آنکھ کا امتحان کرتے وقت



ہم چشم بین کے دستہ کو اُفقاً (آڑا) رکھ کر اس طرح پکڑیں کہ چھٹکیا تقریباً دستہ کے سرے پر رہے، اور مریض کو ہدایت کریں کہ ہماری چھٹکیا کی طرف دیکھتا رہے۔ اور بائیں آنکھ کا امتحان کرتے وقت مریض کو یہ ہدایت کریں کہ ہمارے بائیں کان کی طرف دیکھتا رہے۔

قرص کے گرد کے حصوں کو دیکھنے کے لئے ہمیں عدسہ کو یا اپنے سر کو مختلف سمتوں میں خفیف سی حرکت دینی چاہئے، لیکن یہ حقیقت ہمیشہ ملحوظ رہے کہ شبیہ الٹی ہوتی ہے اور اُس کی حرکت عدسہ کے ساتھ ساتھ (یعنی اُسی سمت میں) مگر سر کی حرکت کے مخالف رخ میں ہوتی ہے۔ زیادہ ٹھیک حصے اُس وقت نظر کے سامنے آجاتے ہیں جبکہ مریض اپنی آنکھ کو اوپر، نیچے، اور دائیں بائیں طرف حرکت دے۔

جب مریض سیدھا چشم بین کی طرف دیکھتا ہے تو ایسا کرنے سے لطفہ اصفر (macula) نظر کے سامنے آجاتا ہے۔ لیکن چونکہ اس قدر قریب کی شے پر نظر جمانے میں سے لامحالہ توفیق (accommodation) کو بروئے کار لانا پڑتا ہے، لہذا اُس کی پتلی سکڑ جائے گی۔ اسی واسطے جب نطنی نقطے کو بالواسطہ طریقہ سے دیکھنا منظور ہو تو پہلے پتلی کو پھیلانا بہتر ہے۔

مبتدی کو بالواسطہ طریقہ سے کام لینے میں متعدد مشکلات کا سامنا ہو سکتا ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ اُسے قرص کو نظر کے سامنے لانے میں بدیں وجہ مشکل پیش آئے کہ مریض ممتحن کے شانہ پر سے آگے دیکھنے کے بجائے برابر چشم بین کو دیکھتا رہتا ہے۔ اسی طرح چشم بین کی ساخت میں نقائص کی موجودگی کے باعث اس آلہ کے ثقبہ نظر (sight-hole)



کے کناروں سے اور آئینہ کے سوراخ میں سے اکثر ایسے معکوسات ہوتے ہیں جو بہت خلط ملط پیدا کرتے ہیں۔ بار بار ایسا بھی ہوتا ہے کہ قرنیہ سے 'یا اُس' عدسہ کی سطحوں سے جسے ہم مریض کی آنکھ کے سامنے لگا رکھتے ہیں، ایک نہایت پریشان کن انعکاس واقع ہونے لگتا ہے۔ اگر عدسہ کو خفیف سا جھکا دیا جائے، یا آئینہ کے زاویہ کو بدل دیا جائے، یا ممتحن یا مبدئ تنویر کی وضع قیام میں خفیف سی تبدیلی کر دی جائے (ان امور کا علم محض تجربہ سے حاصل ہوتا ہے) تو ان معکوسات کو دور کیا جاسکتا ہے۔

## چشم بین کے ذریعہ امتحان کا بلا واسطہ طریقہ

(THE DIRECT METHOD OF OPHTHALMOSCOPIC EXAMINATION)

بلا واسطہ طریقہ سے ہمیں قعر چشم کی ایک انتصابی (کھڑی) تصویر حاصل ہوتی ہے، جو تقریباً چودہ قطر تکبیر یافتہ ہوتی ہے۔

ممتحن مریض کے پہلو میں یا اُس کے سامنے بیٹھ جاتا یا کھڑا رہتا ہے (شکل ۳۷)۔ چشم بین کو اُسی طرح سہارا دیکر تھامے رکھنا چاہئے جیسا کہ سابقہ طریقوں میں بتایا گیا ہے، اور اُسے مریض کی آنکھ کے بالکل سامنے اور جس قدر قریب ممکن ہو لانا چاہئے۔ ممتحن کی آنکھ اور مریض کی آنکھ کے درمیان ایک انچ سے زائد فاصلہ نہ رہے۔ خارجی تنویر کی صورت میں روشنی (چراغ) کو مریض کی ایک جانب اُسکے کان کے لیول سے ذرا اوپر رکھا جاتا ہے۔ دائیں آنکھ کے امتحان میں، اُس وقت جبکہ عکس چشم بین



(reflecting ophthalmoscope) استعمال کی جائے، ممتحن اور روشنی دونوں کا دائیں جانب رہنا ضروری ہے، اسی واسطے چشم بین مشاہد کی دائیں آنکھ کے سامنے رہنا چاہئے۔ بائیں آنکھ کے امتحان کے وقت روشنی اور ممتحن دونوں کو بائیں جانب ہونا چاہئے اور مشاہد اپنی



شکل ۳۷۔ برقی چشم بین کے ذریعہ چشم بینی امتحان کا بلا واسطہ طریقہ۔

بائیں آنکھ کام میں لائے۔ چشم بین کے ترجمے آئینہ کو گھما کر ایسی وضع میں رکھنا چاہئے کہ جس سے وہ مریض کی آنکھ کے اندر روشنی کو منعکس کر سکے۔ جب ممتحن اور مریض دونوں بصارت طبعی (emmetropia) رکھتے ہوں اور دونوں اپنی قوت توفیق (accommodation) کو



رُسیڈا چھوڑ دیں (کام میں نہ لائیں) ، تو ایسی صورت میں مشاہدہ چشم بین کے ثقبہ نظر (light-hole) میں سے دیکھتا ہے ، اور اسے کسی حد تک کی مدد کے بغیر قعر چشم کے اندر کا منظر ساف نظر آ جاتا ہے ۔ مریض سے کہا جاتا ہے کہ وہ بالکل سیدھا منظر کے شانہ پر سے سامنے کی دیوار کے طرف دیکھتا رہے ۔ ایسا کرنے سے قرص بصری (optic disc) نظر کے سامنے آ جاتا ہے ۔ اس کے بعد قرص کے گرد و پیش کے حصوں کا امتحان کیا جاتا ہے ۔ جب مریض مختلف سمتوں میں دیکھتا ہے تو قعر چشم کے مصلیٰ حصے نظر آنے لگتے ہیں ۔ قرص کے بیرونی جانب ، ٹیلر (papilla) کے قطر سے تقریباً دو گنے فاصلہ پر ٹیٹھی نقطہ (macular region) ملتا ہے ۔ اگر ٹیٹھی کو مصنوعی طریقہ سے پھیلا دیا جائے ( تاکہ وہ دوران توفیق میں قبض نہ ہو سکے ) اور پھر مریض کو آئینہ کے سوراخ کے اندر دیکھنے کی ہدایت کی جائے تو ٹیٹھی " آصفہ " (macula lutea) کو بھی منظر کے سامنے لایا جاسکتا ہے ۔

33

کسی خاص ضرر (lesion) کی جسامت کا مقابلہ قرص بصری کی جسامت کے ساتھ کیا جاتا ہے ۔ طبی قرص کا قطر ۱۵ ملی میٹر ہوتا ہے ۔ قعر چشم کے لیول کے تغیرات ( یعنی اس کے نشیب و فراز ) بصریوں (dioptries) میں ناپے جاتے ہیں ۔ ایک ملی میٹر کا فراز ( اُبھار ) ۳ بصری (3 D.) کے متناظر ہوتا ہے ۔

مبتدی اکثر اُن معکوسات سے ، جو قرنیہ کی سطح سے نکلتے ہیں ، پریشان ہو جاتا ہے ، لیکن اگر آئینہ کے زاویہ میں غلیف سی تبدیلی کر دی جائے یا اگر ممتحن اپنی وضع قیام کو یا روشنی کے مقام کو بدل دے تو یہ معکوسات



رفع کئے جاسکتے ہیں۔

34 اگر مشاہد میں کوئی انعطافی نقص البصر (ametropia) موجود ہے تو اُسے اپنی عینک (جس میں انعطافی فاصلہ کو درست کرنے والے شیشے موجود ہوں) لگنا یعنی چاہئے۔ یا چشم بین کے وزن کے پیچھے ایک خاص مُصَنَّج بصارت عدسہ جڑ والینا چاہئے۔ یا اُن عدسات میں سے جو چشم بین کے قرص میں لگے ہوئے ہیں اپنا مُصَنَّج عدسہ پھر کر وزن کے سامنے لے آنا چاہئے۔ جب مریض ناقص البصر (ametropic) ہوا یعنی جب اُس میں کوئی انعطافی نقص بصارت موجود ہو، تو وزن کے پیچھے ایک مناسب عدسہ پھر کر لے آنا چاہئے۔ اگر مریض قصیر النظر (myopic) ہے تو سب سے کم طاقت کا مقعر عدسہ مناسب ہوگا۔ اور اگر وہ طویل النظر (hypermetropic) ہے تو قوی ترین محدب عدسہ مناسب ہوگا، جس سے بالکل واضح اور صاف تصویر دکھائی دینے لگے گی۔ اس سے اس امر کا اندازہ ہوتا ہے کہ نقائص انعطاف (errors of refraction) کی تخمین کے لئے بلا واسطہ طریقہ کیونکر استعمال کیا جاتا ہے۔

صحیح النظر (emmetropic) مشاہد کو بلا واسطہ طریقہ امتحان ایک قصیر النظر آنکھ (myopic eye) کے قرص کا منظر اُس وقت تک صاف اور واضح طور پر نظر نہیں آسکے گا جب تک کہ چشم بین کے آئینہ میں کے ثقبہ نظر کے پیچھے ایسی طاقت کا مقعر عدسہ نہ رکھ لیا جائے جو کم از کم اُس کے قصر البصر (myopia) کی تعدیل کے لئے کافی ہو۔ وہ طویل النظر آنکھ کا امتحان ایک محدب عدسہ رکھ کر یا اپنی توفیق (accommodation) استعمال کر کے کر سکتا ہے۔ لیکن طریقہ بلا واسطہ



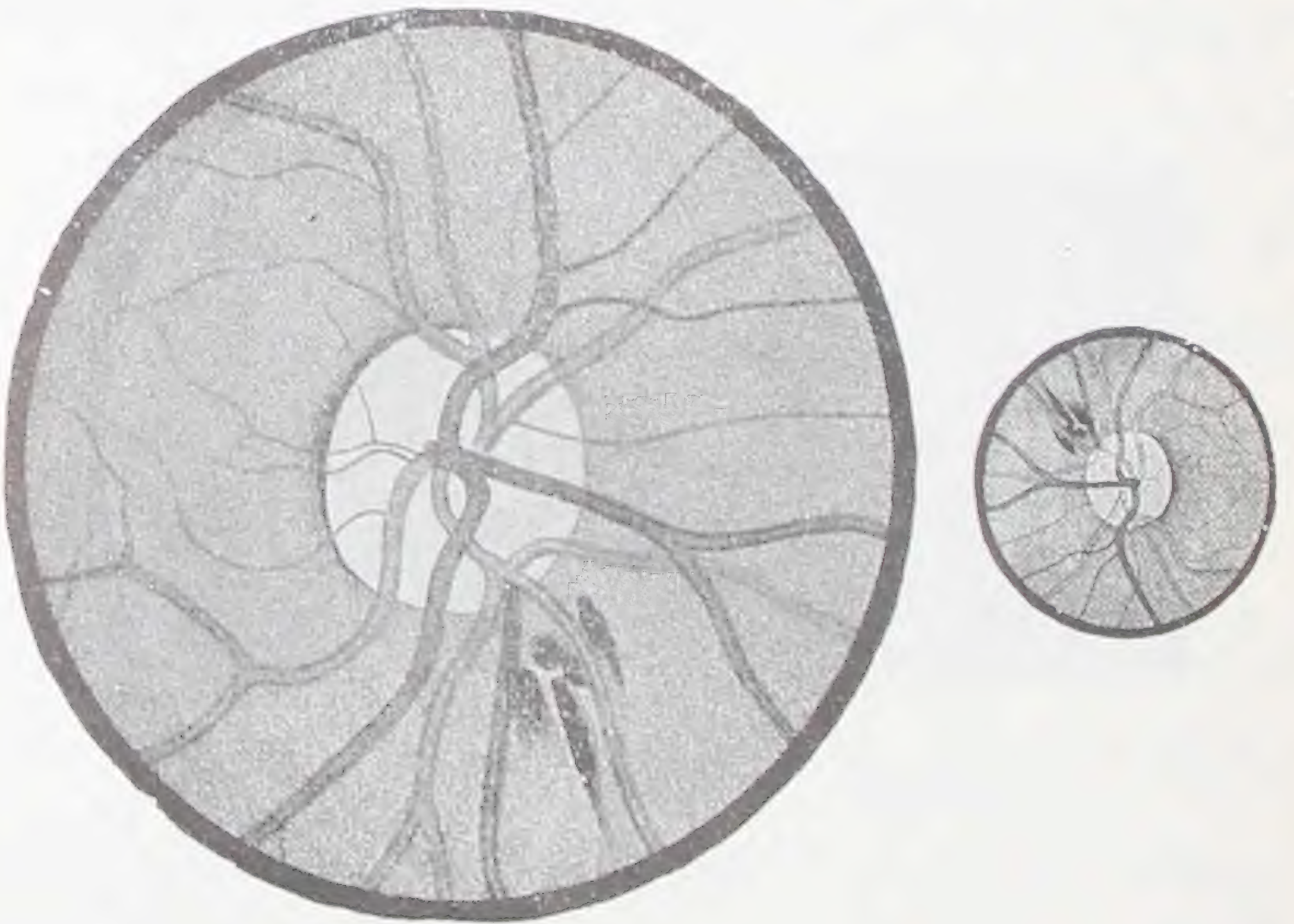
میں شہ کو پہنچنے کے لیے "تولین" کو سڑکی (ڈائیوڈ) کے ذریعے  
 سمیٹنے کو اکثر بہت مشکل معلوم ہوتا ہے۔ کیونکہ وہ اس امر کو فراموش  
 نہیں کر سکتا کہ جس ایک نہایت قریبی پر کو دیکھ رہا ہوں اپنا کچھ وہ  
 اسی کے مطابق تولین کر رہا ہے۔ اسی تولین سڑکی کے راستے کو نال  
 کرنے کے لیے اس کا استعمال ہے کہ شہ اور میں کے فیصلہ نظر  
 (unhappy) نہ ہونے کے (happy) نظر نظر پر ایک مقوم ہوتا ہے۔  
 درحقیقت انہیں انسانی (human) کا اندازہ کرنے  
 کے لیے واسطہ طریقہ استعمال کے استعمال میں تولین کا استعمال نہیں کیا  
 نہایت دوری اور قریبی ہے۔ دونوں نظروں کو کھلے اور نہ اصل  
 ہوئی آگ سے فوری طور پر دیکھتے رہنے سے تولین کے استعمال میں  
 مدد ملتی ہے۔ جب ہم ایک کتاب کو پڑھنے کے سہولت کا سہولت دیکھیں  
 کے مضمون صرف کو پڑھ دیکھتے ہیں یہاں تک کہ صرف ہم اور دیکھنے  
 معلوم ہونے لگیں تو ایسا کرنے سے ہیں۔ سڑکا تولین کا اس میں  
 ہے۔ سڑکا تولین کی عادت ڈالنے کے لیے اس قسم کی مشق کی جاتی  
 ہاں واسطہ اور بڑے واسطہ طریقوں کا مقابلہ۔ ہاں واسطہ  
 طریقہ میں میدان کا بہت بڑا حصہ کھڑا ہے اگرچہ اس کی گہرائی  
 کم ہوتی ہے اور اسی وجہ سے اس کا ایک عمومی نظارہ دکھائی دیتا ہے  
 جو ٹرکس (آن) ہوتا ہے (کل) ۲۰۔ ۳۰ کا علاقہ اس امر کے کہ میں کی  
 آگ میں، انسانی انسانی ہیں اس طریقہ کو کامیابی کے ساتھ استعمال  
 کیا جاسکتا ہے۔ چونکہ اس میں گہری بہت زیادہ ہوتی ہے لہذا میں  
 اکثر قوم پرست کی تفصیلات حاصل ہو سکتی ہیں اس وقت بھی جب کہ



زجاجیہ میں خفیف عتمات (opacities) موجود ہوں۔

35

بلا واسطہ طریقہ سے ہمیں اس کے برعکس ایک انتصابی (کھڑی) تصویر حاصل ہوتی ہے، جو نسبتاً بہت زیادہ تکبیر یافتہ ہوتی ہے (شکل ۳۹)، اگرچہ اس میں وقت واحد میں میدان کا نسبتاً چھوٹا حصہ

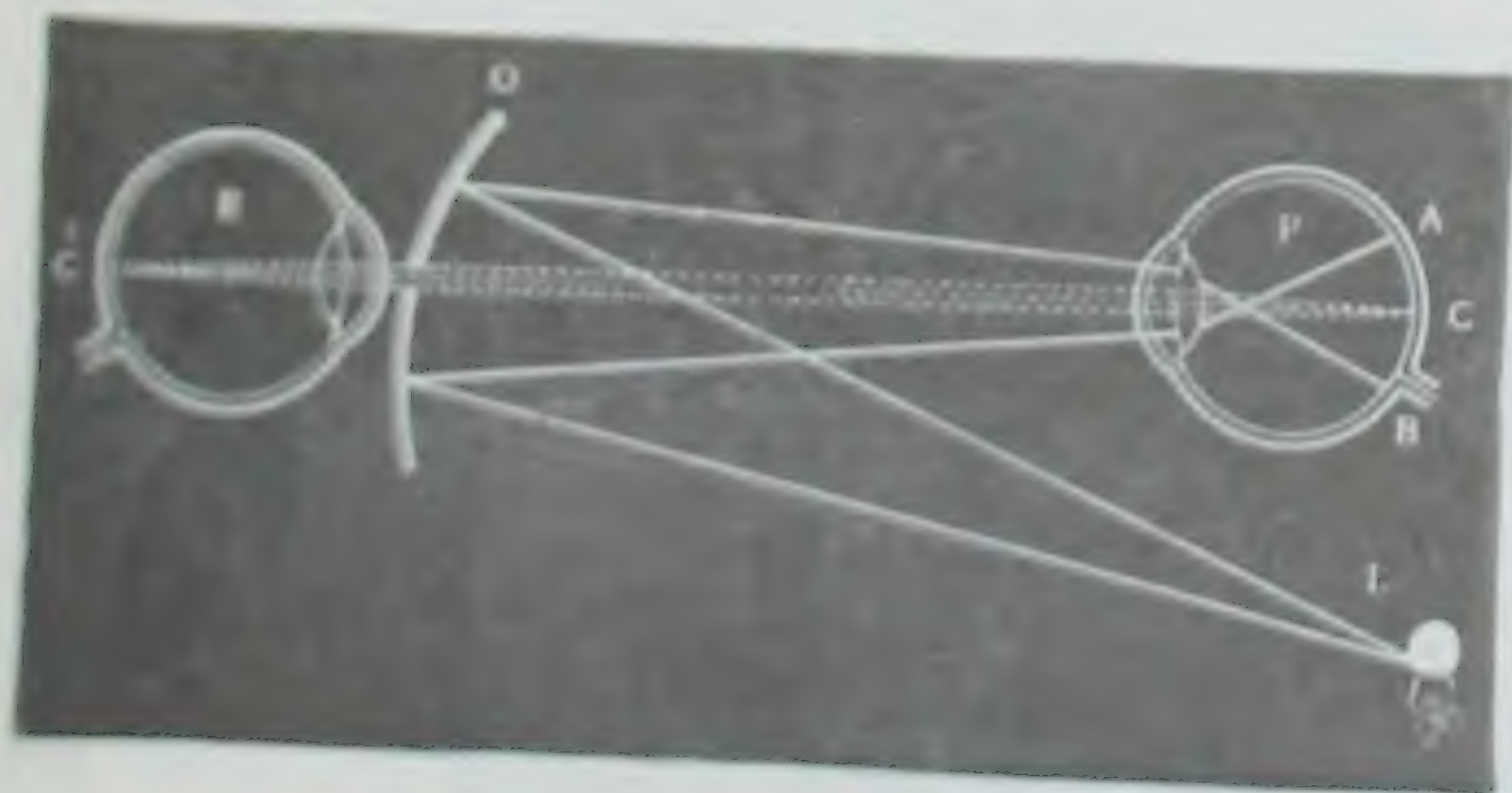


شکل ۳۸ و ۳۹ - چشم بینی کے بالواسطہ اور بلاواسطہ طریقوں کا مقابلہ۔

دکھائی دیتا ہے۔ اسی وجہ سے اس میں ہمیں آن خاص خاص حصوں کی تفتیش باریکی کے ساتھ کرنے کا موقع ملتا ہے، جن کی طرف ہماری توجہ طریقہ بالواسطہ کے ذریعہ منعطف ہو چکی ہے۔ نیز یہ وہ طریقہ ہے جس میں چشم بین کو نقص انعطاف (errors of refraction) کی تخمین کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔



نظر یہ چشم بین۔ جیسا کہ عام طور سے دیکھا جاتا ہے اُپتلی سیاہ نظر آتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ وہ روشنی جو اس سے نکلتی ہے، لازماً اسی رُخ میں منعکس ہوتی ہے جس رُخ سے کہ وہ آئی ہے۔ اگر مشاہد کی آنکھ کو ایسی جگہ رکھا جائے کہ وہ ان واپس آنے والی شعاعوں کی راہ میں داخل (سید راہ) ہو، تو مشاہدہ کردہ آنکھ کا اندرونی حصہ (اندرون چشم)



شکل ۴۰۔ چشم بین کے ذریعہ امتحان فاصلہ پر ہے۔

منور نظر آئے گا۔ زیر معائنہ آنکھ کے اندر چشم بین کے ذریعہ روشنی منعکس کی جاتی ہے، اور مشاہد کی آنکھ واپس آنے والی شعاعوں کے راستہ میں رکھی جاتی ہے، چنانچہ ان شعاعوں میں سے کچھ شعاعیں آئینہ کے وزن میں سے ہو کر مشاہد کی آنکھ میں بھی پہنچ جاتی ہیں۔

شکل ۴۰۔ م سے ظاہر ہو گا کہ جب چشم بین کو فاصلہ پر رکھا جائے تو اندرون چشم کی تنویر کیونکر ہوتی ہے۔ E مختن کی آنکھ کا اور P مریض کی آنکھ کا قائم مقام ہے۔ روشنی کی منفج شعاعیں (divergent rays) چراغ L سے نکل کر چشم بین کے آئینہ O پر گرتی ہیں، اور وہاں سے



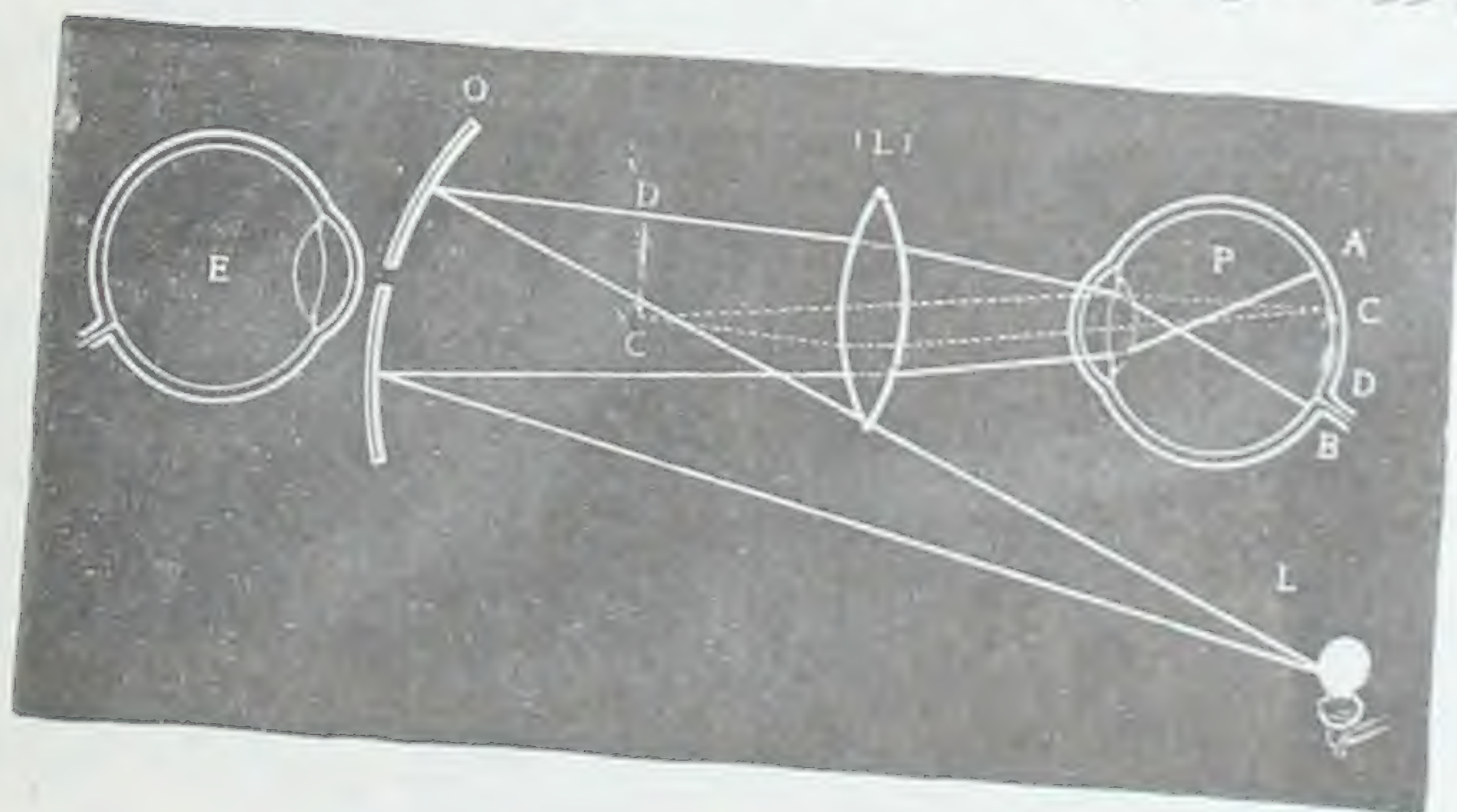
منعکس ہوتی ہیں، اور پھر مستدق (convergent) ہو کر آنکھ P کے اندر جاتی، اور زجاجیہ (vitreous) میں تقاطع کرتے ہوئے قعر چشم کو A اور B کے درمیان، منور کر دیتی ہیں۔ اس منور رقبہ میں کسی نقطہ (مثلاً C) پر سے شعاعیں منعکس ہو کر آنکھ سے باہر چلی جاتی ہیں۔ اس طرح گزرنے میں وہ اس آنکھ کے انعطافی آلہ (refracting apparatus) کی وساطت سے متوازی ہو جاتی ہیں اور وہاں سے آگے بڑھ کر آئینہ O کے وزن میں سے نکل کر ممتحن کی آنکھ E میں پہنچتی ہیں۔ E کا ڈایا پٹری آلہ (dioptric apparatus) ان شعاعوں کو شبکیہ پر ماسک کر رہا ہے اور وہ C کی شبیہ (image) C' کے مقام پر بناتی ہیں۔

شکل ۴۱ سے بالواسطہ طریقہ (indirect method) کی توضیح ہوتی ہے۔ L سے منفرج (divergent) شعاعیں نکل کر آئینہ O کی طرف جاتی ہیں، اور وہاں سے منعکس ہو کر اور مستدق (convergent) بن کر زیر معائنہ آنکھ P کے اندر جا کر زجاجیہ میں تقاطع کرتی ہیں۔ یہ شعاعیں قعر کو A اور B کے درمیان منور کرتی ہیں۔ اس منور رقبہ کے کسی نقطہ (مثلاً CD) سے شعاعیں منعکس ہوتی ہیں، اور آنکھ سے باہر نکلنے ہوئے اسکے انعطافی آلہ (refracting apparatus) کی وساطت سے متوازی ہو جاتی ہیں۔ وہ محدب عدسہ (L)، پر گرتی اور C'D کے مقام پر ماسک انداز ہوتی ہیں، جس سے عدسہ (L) کے ماسک پر ہوا میں ایک تکبیر یافتہ الٹی شبیہ بن جاتی ہے، اور یہ شبیہ ممتحن کی آنکھ E کو نظر آ سکتی ہے۔

شکل ۴۲ سے بلا واسطہ طریقہ (direct method) کی توضیح



ہوتی ہے۔ منفرج (divergent) شعاعیں L سے نکل کر آئینہ O کی طرف جاتی ہیں اور منعکس ہو کر اوستدق بنکر زیر معائنہ آنکھ P میں سے گزرنی ہوئی زجاجیہ میں تقاطع کرتی ہیں۔ اس سے قعر چشم A سے لے کر B تک روشن ہو جاتا ہے۔ اس منور رقبہ کے کسی حصہ، مثلاً CD سے شعاعیں منعکس ہوتی ہیں، جو آنکھ P کے اندر سے گزرنے میں اس کے ڈایا پٹری آلہ کی وجہ سے متوازی ہو جاتی ہیں، اور آئینہ O کے



شکل ۴۱۔ چشم بینی امتحان کا بالواسطہ طریقہ۔

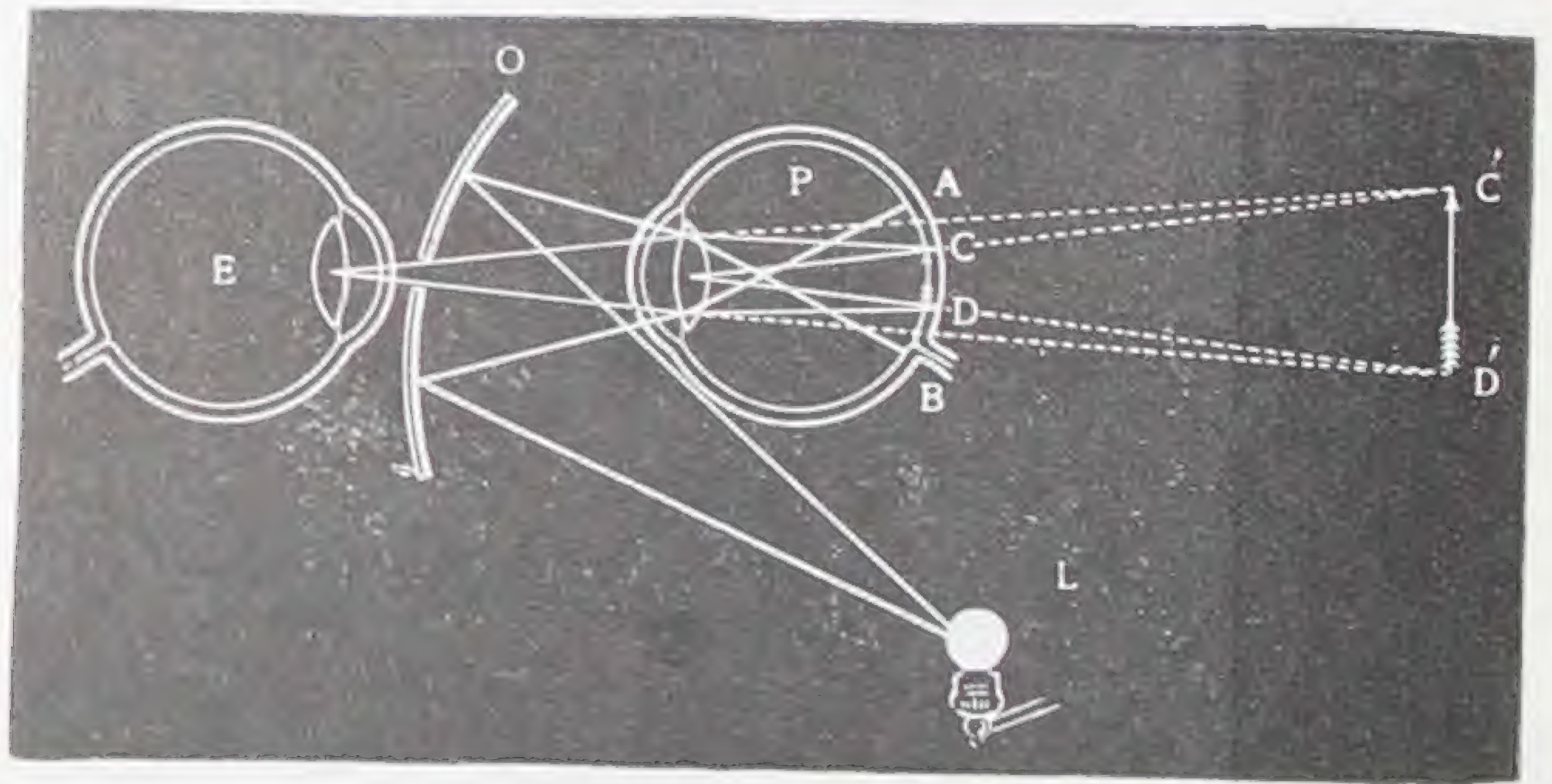
سوراخ میں سے ہو کر ممتحن کی آنکھ E میں پہنچتی ہیں۔ یہاں وہ شبکیہ پر ماسک انداز ہوتی ہیں۔ یہ شعاعیں مستدق ہوتی ہیں، اور جب انھیں پیچھے کی طرف بڑھایا جاتا ہے تو یہ CD کی ایک تکبیر یافتہ کھڑی شبکیہ مریض کی آنکھ P کے پیچھے C'D کے مقام پر بناتی ہیں۔

37

فاقد الحمت (مُعَرَّازِ مَرَخ) روشنی کے ذریعہ چشم بینی  
(Ophthalmoscopy with Red-Free Light)۔ اگر ایسی  
روشنی سے جس کے اندر سے ایک مناسب مقطار (filter) کے ذریعہ



سرخ شعاعیں علیحدہ کر دی گئی ہوں، قعر چشم کا امتحان کیا جائے تو پس منظر زردی مائل بہ زرد رنگ کا نظر آئے گا، جس میں لُٹخہ (macula) زرد لیمونی رقبے کے طور پر نمایاں ہوگا، قرص سفید نظر آئے گا، قعری معکوسات نہایت نمایاں ہونگے اور عروق تقریباً سیاہ اور اُن کے خاکے واضح الحدود نظر آئیں گے۔ عصبی ریشے (nerve fibres) صاف طور پر مرئی (نمایاں) ہوتے ہیں، لُٹخہ کو جانے والے ریشے خط مستقیم میں



شکل ۴۲ - چشم بینی امتحان کا بلا واسطہ طریقہ۔

گذرتے ہیں اور وہ جو زیادہ محیطی ہوتے ہیں بیلیجی محرابیں (elliptical arches) بناتے ہیں۔ چنانچہ اگر کہیں ایسے ریشے غائب ہو گئے ہوں [جیسے کہ ذبول عصب بصری (optic nerve atrophy) میں] تو ہم اُن کی غیر موجودگی پر متنبہ ہو سکتے ہیں۔ عروق کے خفیف تغیرات، دقیق شبکیاتی نزفات (retinal haemorrhages)، غیر واضح الحدود رشحات (exudates)، اور لُٹخہ کے مبہم تغیرات، ان سب کا سراغ بہ نسبت معمولی روشنی کے زیادہ آسانی سے مل جاتا ہے۔ بعض چشم بینیوں میں



ایک قرص لگا ہوا ہوتا ہے، جس کے وزن میں سبز شیشہ جڑا ہوتا ہے۔ اس قرص کو ثقبہ نظر پر پھسلا لیا جاتا ہے۔ یہ بڑے اور مخصوص آلہ کے مقابلہ میں نہایت نامکمل اور ناقص ہوتا ہے۔ اُس وقت کے نسبت جبکہ معمولی روشنی استعمال کی جاتی ہے، اس میں روشنی زیادہ تیز اور شدید ہونی چاہئے۔ یہ طریقہ صرف پس منظر میں باریک تغیرات پہچاننے کے لئے اُس وقت استعمال کیا جاتا ہے جبکہ معمولی امتحان سے شبہ رہ جائے، لیکن یہ اُس قدر مفید نہیں ثابت ہوا جس قدر کہ اس کے متعلق ایک زمانہ میں توقع تھی۔

## طبعی قعر

(NORMAL FUNDUS)

طبعی قعر اپنی تفصیلات میں بہت سے اختلافات ظاہر کرتا ہے۔ وہ ایک سُرخ نارنجی سطح پیش کرتا ہے جس پر ہم قرص (disc) 'عروق دموئے اور لُطخہ (macula) کو تمیز کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہوں صفحات ۳-۴)

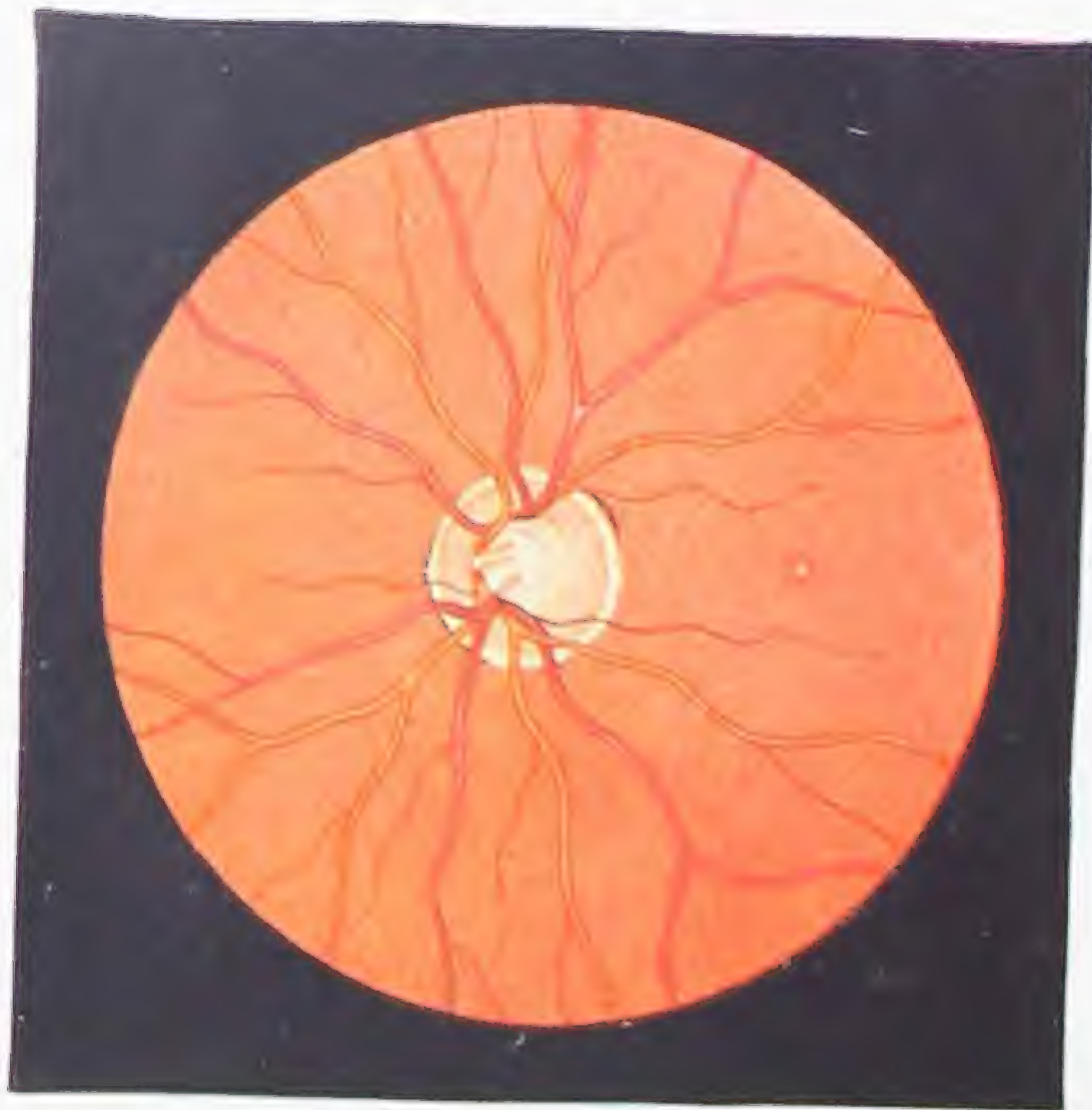
(۶-۵)

قرص یا حَلِمہ (disc or papilla) اُس مقام کو ظاہر کرتا ہے جہاں عصبِ بصری (optic nerve) کُرّہ چشم میں داخل ہوتا ہے (یعنی وہ عصبِ بصری کا مدخل ہے)۔ وہ عموماً مدور (گول) ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات بیضوی بھی ہوتا ہے۔ اُس کا رنگ ہلکا گلابی ہوتا ہے، جو اندرونی نصف حصے پر زیادہ نمایاں ہوتا ہے، مگر بیرونی حصہ نسبتاً پھیکا ہوتا ہے۔ قرص کا رنگ قعر کے باقی حصہ کی نسبت بہت ہلکا ہوتا ہے





شکل ۲۲ — طبعی قعر چشم ، اوسنا رنگ کا



شکل ۲۵ — گورے رنگ کے آدمی میں طبعی قعر چشم







صفحه ۴۴



شکل ۴۶—سیہ فام آدمی میں طبعی قعر چشم

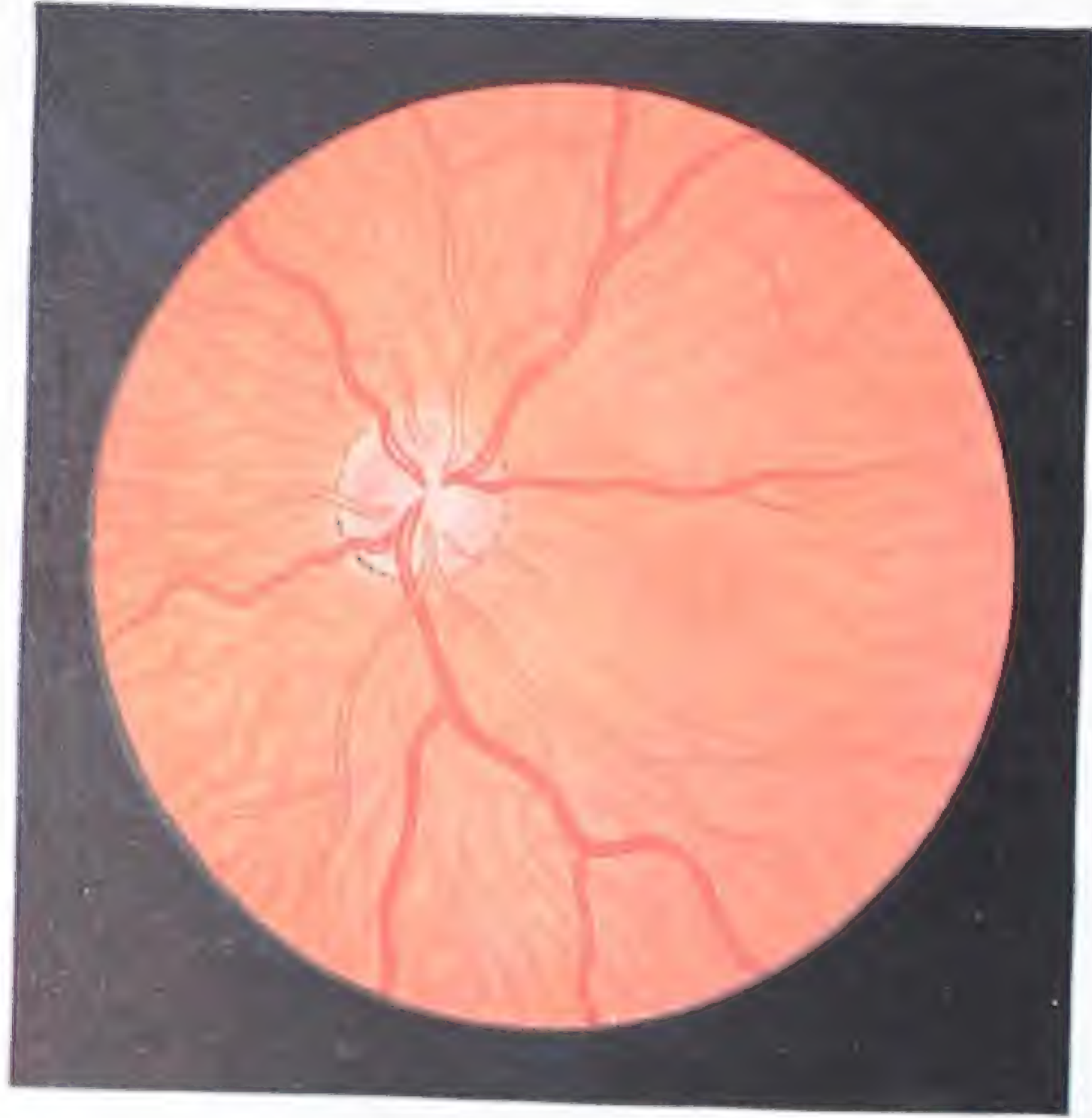


شکل ۴۷—غیر شفاف عصبی ریشے









شکل ۴۸—نہایت گوارے رنگ کے آدمی میں طبعی قعر چشم



شکل ۴۹—حاجشی میں طبعی قعر چشم

مقابل صفحہ ۶۸







اور اُسے ایک واضح اور ابھرا ہوا حاشیہ متصل حصوں سے جدا کرتا ہے بالخصوص بیرونی جانب پر۔ اس حاشیہ میں اکثر دو حلقے پائے جاتے ہیں: ایک بیرونی حلقہ جو صلبیہ (sclera) سے تعلق رکھتا ہے

(s) (شکل ۴۳) سفید رنگ کا ہوتا ہے اور اُس وقت جبکہ مشیمیہ (choroid) میں کافتحہ (opening)

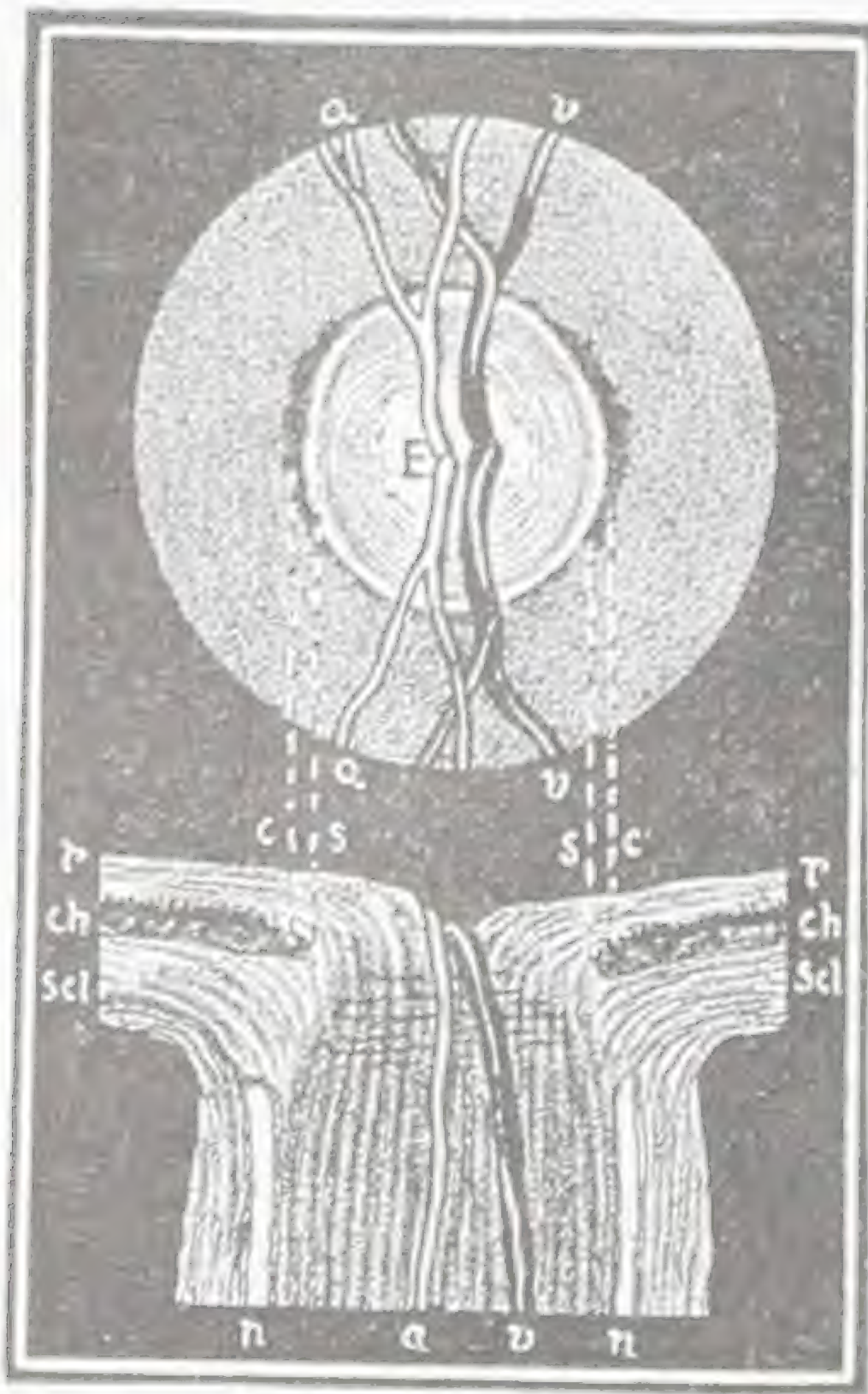
صلبیہ میں کافتحہ کی نسبت بڑا ہو، صلبیہ کے تکشف (کھلا ہو جانے) کی وجہ سے بنتا ہے۔ دوسرا حلقہ جو بیرونی ہوتا ہے مشیمیہ سے تعلق رکھتا ہے (c) (شکل ۴۳)

اور اُس کا رنگ سیاہ ہوتا ہے۔ جس روزن میں سے عصب بصری گذرتا ہے اُس کے حاشیہ پر اجتماع لون ہو جانے

سے یہ حلقہ بنتا ہے۔ یہ لون دار حلقہ مکمل یا نامکمل ہو سکتا ہے آخر الذکر صورت

میں یہ عموماً بیرونی کنارے پر پایا جاتا ہے۔ طبعی قعر کے حاشیہ کبھی کبھی کسی قدر غیر واضح ہوتے ہیں، خاص کر اوپر اور نیچے۔ یہ منظر بعض اوقات نوعمر اشخاص

کی طویل النظر (hypermetropic) آنکھوں میں نظر آتا ہے، اور اُس پر



39

شکل ۴۳۔ قعر کا چشم بینی منظر اور اُس کی طوی تریش۔

a - مرکزی شریا (central artery)

v - مرکزی ورید (central vein)

E - فعلیاتی مفاہم (physiological excavation)

s - حلقہ صلبیہ (scleral ring)

c - حلقہ مشیمیہ (choroidal ring)

r - شبکیہ (retina)

ch - مشیمیہ (choroid)

sci - صلبیہ (sclera)



التهاب عصب (neuritis) کا مغالطہ نہ ہونا چاہئے۔

حُلیمہ کے وسط میں ایک قیف نما نشیب (depression) ہوتا ہے (E، شکل ۴۳)، جو عصبی ریشوں کے جدا ہونے سے بن جاتا ہے۔ یہ نشیب قرص کے باقی حصوں کی نسبت زیادہ سفید نظر آتا ہے، اور اس کو فعلیاتی نشیب (physiological depression) یا پیالہ (cup) (تنقیر القرص) کہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ پیالہ مقابلہ بڑا ہوا اور قرص کے نصف یا زیادہ حصہ پر واقع ہو، لیکن حُلیمہ کے پورے حصہ پر بھی نہیں ہوتا، اور اسی لحاظ سے یہ گلاکوما (glaucoma = زرق الماء) اور ذبول عصب بصری (optic nerve atrophy) کے امراضیاتی اکتہافا (pathological excavations) سے مختلف ہوتا ہے (اشکال ۱۷۷-۱۷۸-۱۷۹)۔ جب یہ فعلیاتی اکتہاف زیادہ نمایاں ہوتا ہے تو اس کے نیچے اکثر مادی مائل (خاکستری) دھبے دیکھنے میں آتے ہیں۔ یہ دھبے ورقہ غریبالی (lamina cribrosa) میں کے روزنوں کے نمائندے ہیں۔ ورقہ غریبالی اتصالی بافت کی وہ تہ ہے جس میں سے عصب بصری کے ریشے گذرتے ہیں (شکل ۵۰، صفحہ ۶)۔

عصب بصری کی مرکزی شریان اور وریڈ (central artery and vein) (a اور v، شکل ۴۴) اکتہاف کی اندرونی دیوار پر گزرتی ہیں، اور قرص کی سطح پر پہنچ کر عموماً فوقانی اور تحتانی شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہیں۔ ان میں سے ہر ایک جلد ہی تقسیم و تقسیم ہو کر انفی (nasal) اور صدغی (temporal) شاخیں نکالتی ہے۔ ان میں سے اور چھوٹے چھوٹے شاخچے (ٹہنیاں) پیدا ہوتے ہیں، جو اختتامی ہوتے ہیں اور جن میں تقسم (anastomosis) نہیں ہوتا۔ چھوٹی شاخیں اکثر بڑے تنوں (main



(trunks) میں سے نکلتی ہیں اور قرص پر سے پار ہو جاتی ہیں۔ لُٹخی خطبہ (macular region) میں بڑے عروق نہیں ہوتے، اگرچہ عروق کی باریک شاخیں اس رقبے کے قریب پہنچتی ہوئی دکھائی دیتی ہیں۔ ٹرائین اپنے نسبتاً چھوٹے درونہ (calibre)، شوخ سرخ رنگ، اور سیدھے قمر کی وجہ سے وریدوں سے بہ آسانی تمیز کی جاسکتی ہیں۔ ان میں ایک چمکیلا معکوسہ (bright reflex) انکے وسطی خط کے ساتھ ساتھ جاتا ہوا نظر آتا ہے۔ وریدیں دبازت میں نسبتاً زیادہ، رنگ میں سیاہی مائل سرخ اور زیادہ پھیل رہی ہوتی ہیں، اور ان میں روشنی کی دھاری محض صندلی (زیادہ خفیف اور ہلکی) ہوتی ہے، ٹرائین اور وریدیں عموماً ایک ہی قمر اختیار کرتی ہیں۔ بعض اوقات وریدوں میں ایک مہینہ نبض (pulsation) پایا جاتا ہے۔ یہ اُس مقام پر جہاں مرکزی تنہ قرص پر ظاہر ہوتا ہے، سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے، اور گہرے چشم پر دباؤ پڑنے سے اور زیادہ ہو جاتا ہے۔ یہ نبضان فعلیاتی (physiological) ہے۔ اس کے برعکس ٹرائین شبکیہ (retinal arteries) کا نبضان امراضیاتی ہے، اور زرق الما (گلاکوما)، قلبی مرض، اور شدید نقص الدم (anæmia) میں واقع ہوتا ہے۔

شبکیہ (Retina) بذاتہ شفاف ہے۔ پس منظر کا رنگ عروق مشیمیہ (choroidal vessels) سے حاصل ہوتا، اور شبکیہ کے کوئی سرعہ کی تہ (pigment-epithelium layer) اور مشیمیہ کے لون (pigment) سے ترمیم پاتا ہے۔ گورے رنگ والے اشخاص میں اس کا رنگ تیز نارنجی سرخ ہوتا ہے، مگر نسبتاً گہرے (سیاہ) رنگ کے اشخاص میں زیادہ گہرا اینٹ جیسا سرخ (خشتی سرخ) ہوتا ہے۔ قعر چشم ایک آنے دار یا نقطے دار



منظر پیش کرتا ہے، جو نونی خلیوں (pigment cells) کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ جب شبکیہ کی لونی سطحی نہ خوب نمایاں ہوتی ہے تو مشیمیہ کے عروق نہیں دیکھے جاسکتے۔ لیکن اکثر و بیشتر مشیمیہ کے عروق کی بہت کچھ تفصیل نظر آئے گی۔ ایسا دو حالتوں میں ہوتا ہے: بعض مریضوں میں شبکیہ کی لونی سے کوئی دھندلا پن (گلام یا پوشیدگی) نہیں پیدا ہوتا اور مشیمیہ کا لون بہت افراط کے ساتھ ہوتا ہے اور بہت عروق فضاؤں میں جمع ہو جاتا ہے۔ اسی صورت میں یہ فضا میں سیاہ جزیروں کی شکل میں نمایاں ہوتی ہیں، جو شوخ سرخ لکیروں اور خیموں کو جدا کرتے ہیں (یعنی ان کے درمیان حائل ہوتے ہیں)۔ یہ مسخ لکیریں اور خیمیاں جو دراصل مشیمیہ کے عروق (choroidal vessels) ہیں، آزادی کے ساتھ تفرق کرتی ہیں۔ (شکل ۵، صفحہ ۵)۔ دوسری حالتوں میں شبکیہ اور مشیمیہ دونوں میں بہت کم کثافت ہوتی ہے، جس کی وجہ سے مشیمیہ کے عروق صاف صاف دکھائی دیتے ہیں اور اب شوخ سرخ تفرق کئی کئی گہری (anastomosing channels) کی تصویر پیش کرتے ہیں، جن کے درمیان زیادہ چمکدار فضا میں نظر آتی ہیں (شکل ۵، صفحہ ۳)۔ مشیمیہ کے عروق معمولی جتنے میں سب سے زیادہ صاف طور پر نمایاں نظر آتے ہیں اور چونکہ وہ شبکیہ کے عروق کے مقابل میں کم واضح الحدود اور پھٹے ہوتے ہیں، ان میں روشنی کی دھاری نہیں ہوتی، وہ آزادانہ (کثرت سے) تفرق کرتے ہیں اور شبکیہ کے عروق کے مقابل میں صریحاً پیچھے کے مستوی میں واقع ہوتے ہیں، لہذا شبکیہ کے عروق سے باہر آتی تفریق کئے جاسکتے ہیں۔

لُحْظُ اصْفَر (macula lutea) کا لُحْظُ (شکل ۶، صفحہ ۶)





شکل ۵۰—قرص بصری کی فعلیاتی تنقیر (Physiological cupping)



شکل ۵۱—طبعی لطفہ اصفر (Normal macula lutea)







جو فعلیاتی حیثیت سے قعر چشم کا اہم ترین حصہ ہے، عصب بصری کے مدخل کے صدغی جانب کچھ کم دو قرصی قطر فاصلہ پر، بلا واسطہ یا راستہ بصارت کی سیدھ میں واقع ہے۔ اکثر اوقات یہ خطہ بمشکل کوئی متمیز خاصہ پیش کرتا ہے۔ یہ مرنی عروق سے ہمیشہ متعزّا، اور باقی ماندہ قعر کی نسبت کسی قدر زیادہ سیاہ ہوتا ہے۔ اس کے وسط میں اکثر اوقات ایک چمکدار دھبہ دکھائی دیتا ہے، جو نقرہ مرکزی (fovea centralis) کے مقام سے متناظر ہوتا ہے۔ بعض اوقات ایسے دو یا تین چمکدار دھبے دکھائی دیتے ہیں۔ بعض اوقات لُطخنی خطہ ایک چمکدار دھبے کی صورت میں ہوتا ہے جو ایک سیاہی مائل سرخ رنگ کے رقبہ سے گھرا ہوا ہوتا ہے، جس کی جسامت تقریباً قرص کے برابر ہوتی ہے، جو افقاً بیضوی ہوتا ہے، اور پھر اس کے گرد ایک اور حصار چمکدار ہالہ ہوتا ہے۔ یہ معکوسہ (reflex) طریقہ بالواسطہ سے بہترین طور پر دکھائی دیتا ہے، اور سیاہ رنگ کے بچوں میں نہایت نمایاں ہوتا ہے، بالخصوص جبکہ وہ طویل النظر (hypermetropic) ہوں۔

41

فعلیاتی اختلافات (Physiological Variations)۔

سیاہی مائل رنگ کے بچوں میں بارہا قعر چشم میں ایک چمکدار روشنی یا دھبہ دکھائی دیتی ہے، جو آئینہ کے حرکات کے ساتھ اپنا مقام بدلتی رہتی ہے۔ یہ عروق دمویہ کے ساتھ ساتھ نہایت نمایاں ہوتی ہے، اور آب رُئے ہوئے ریشم (watered silk) کی جھلیل (shimmer) سے مشابہ ہوتی ہے بعض اوقات غیر شفاف عصبی ریشوں کی وجہ سے ایک مخصوص اور عجیب منظر پیدا ہو جاتا ہے ایسی حالتوں میں عصب بصری کے چند ریشوں کے محور ستوانے (axis cylinders) قرص قریبیاتی غلاف



(medullary sheath) دوبارہ حاصل کر لیتے ہیں، اور اسی حالت میں حلیہ (papilla) سے کچھ فاصلہ آگے تک چلے جاتے ہیں، اور قرص سے مختلف فاصلہ تک پھیلے ہوئے ایک یا زائد سفیدی مائل رقبے پیدا کر کے بُرش نمائندہاؤں میں ختم ہو جاتے ہیں (شکل ۴، صفحہ ۴)۔

## تنویر عبوری

(TRANSILLUMINATION)

یعنی معبر تنویر (ocular transilluminator) ایک منسل کی شکل کا آلہ ہے، جس میں ایک ننھا سا برقی چراغ اور عدسات کا نظام ہوتا ہے۔ یہ عدسات اس آلہ کے سرے پر کے ایک چھوٹے سے سوراخ میں سے روشنی کے ایک شعاع (beam of light) (مجموعہ شعاع) کا اظہار کرتے ہیں۔ اگر اس امر کا شبہ ہو کہ صلیبہ کے کسی ممکن الدخل (accessible) حصے کے نیچے ایک ٹھوس سلعہ واقع ہے، لیکن وہ چشم بین سے نظر نہیں آ سکتا تو آنکھ کو خفیف ساعدیم لمس کر کے آلہ کو اس مقام پر رکھ کر آنکھ پر دبایا جائے، اور اگر ممکن ہو تو روشنی کا رخ کسی قدر سامنے کو رہے۔ ممکن ہے کہ ایک ٹھوس سلعہ کا سایہ پتلی کی اُس سرخ تنویر کی نسبت جو آلہ کو اسی عرض بلد (latitude) میں کسی دوسرے خط نصف النہا (meridian) میں رکھنے سے حاصل ہوتی ہے، زیادہ نمایاں طور پر تاریک پڑے۔

ایک خاص ملحوظہ (special attachment) استعمال کر کے بیشتر برقی چشم بینوں کو اس مقصد کے لئے موافق بنایا جاسکتا ہے۔



قے کی چشم بین (May ophthalmoscope) کی حالت میں اتنا ہی کافی ہے کہ اُس کے کھلے ہوئے برقی جوفہ (electric bulb) کو پیوٹوں کی بیرونی سطح پر لگا کر کڑھ چشم پر محکم دباؤ ڈالا جائے اور اس طرح روشنی کو مختلف سمتوں سے پیوٹے اور صلیبیہ میں سے گزار کر دیکھا جائے۔

### قرنیہی خوردبین (Corneal Microscope) اور شگافی چراغ

(Slit-Lamp) (گل اسٹرانڈ: Gullstrand کا)۔ یہ ایک ایسا مجموعہ

پیش کرتے ہیں، جو اگرچہ کہ پیچیدہ، دقت طلب اور گراں قیمت ہوتا ہے،

42

لیکن اب آنکھ کے اگلے حصے کے دقیق تغیرات کے مطالعہ کے لئے زیادہ

راجح ہو رہا ہے۔ شگافی چراغ (slit-lamp) سے نہایت چمکدار روشنی

حاصل ہوتی ہے جو ایک نہایت تیز اور تنگ پٹی (بند) کی صورت میں

مکثف (condensed) ہو جاتی ہے۔ روشنی کا یہ تیز بند زیر امتحان

حصوں میں سے گذر کر انھیں عینی تراش (optical section) میں نمایا

کرتا ہے، اور باقی ماندہ آنکھ تاریکی میں رہتی ہے۔ اب اس منور تراش

کا امتحان دو چشمی خوردبین (binocular microscope) سے کیا جاتا

ہے۔ اس شدید اور مرکب تنویر اور مستزاد تکبیر کی مدد سے ہم ملتحمہ، قرنیہ،

قرحیہ، عدسہ، گرد عدسی فضا (circumlental space) اور جسم ہلی

(ciliary body) بلکہ زجاجیہ (vitreous) کے اگلے حصے تک کے

خرد بینی تغیرات کا مطالعہ کر سکتے ہیں۔ یہ آلہ گراں قیمت ہوتا ہے اور اس کے

استعمال کے لئے معتدبہ مشق و مزاوت کی ضرورت ہے۔ لیکن چونکہ



امتحان کا یہ طریقہ بہت اہم ہے اور اب طلبائے عینیات کے نصاب کا ایک جز قرار دیا گیا ہے، لہذا اس کے لئے ایک علیحدہ باب مخصوص کیا گیا ہے۔



## باب چہارم

### شکافی چراغ اور قرنیہ خردین

(SLIT-LAMP AND CORNEAL MICROSCOPE)

(از ٹی۔ ہیریسن بٹلر)

چراغ کی روشنی سے یا اوسرم ('Osram') کی طرز کے معمولی برقی گولے کے ذریعہ آنکھ کی تنویر مؤرب (oblique illumination) سے قرنیہ، قزحیہ، اور عدسہ کے اگلے حصے کے متعلق معلومات حاصل ہوتی ہیں، لیکن ان معلومات کی منفعت محدود ہوتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ منتشر روشنی کی طاقت نفوذ کم ہوتی ہے اور وہ صاف اور واضح الحدود ماسک پر نہیں لائی جاسکتی، نیز یہ کہ لوپ (loupe) (عدسہ بکتر) سے ادنیٰ درجہ کی تکبیر حاصل ہوتی ہے۔ آخر الذکر وقت دو چشمی قرنیہ خردین (binocular corneal microscope) سے رفع کی جاسکتی ہے جس کی کارآمد تکبیر تقریباً ۳۵ قطر (85 diameters) تک کی ہوتی ہے



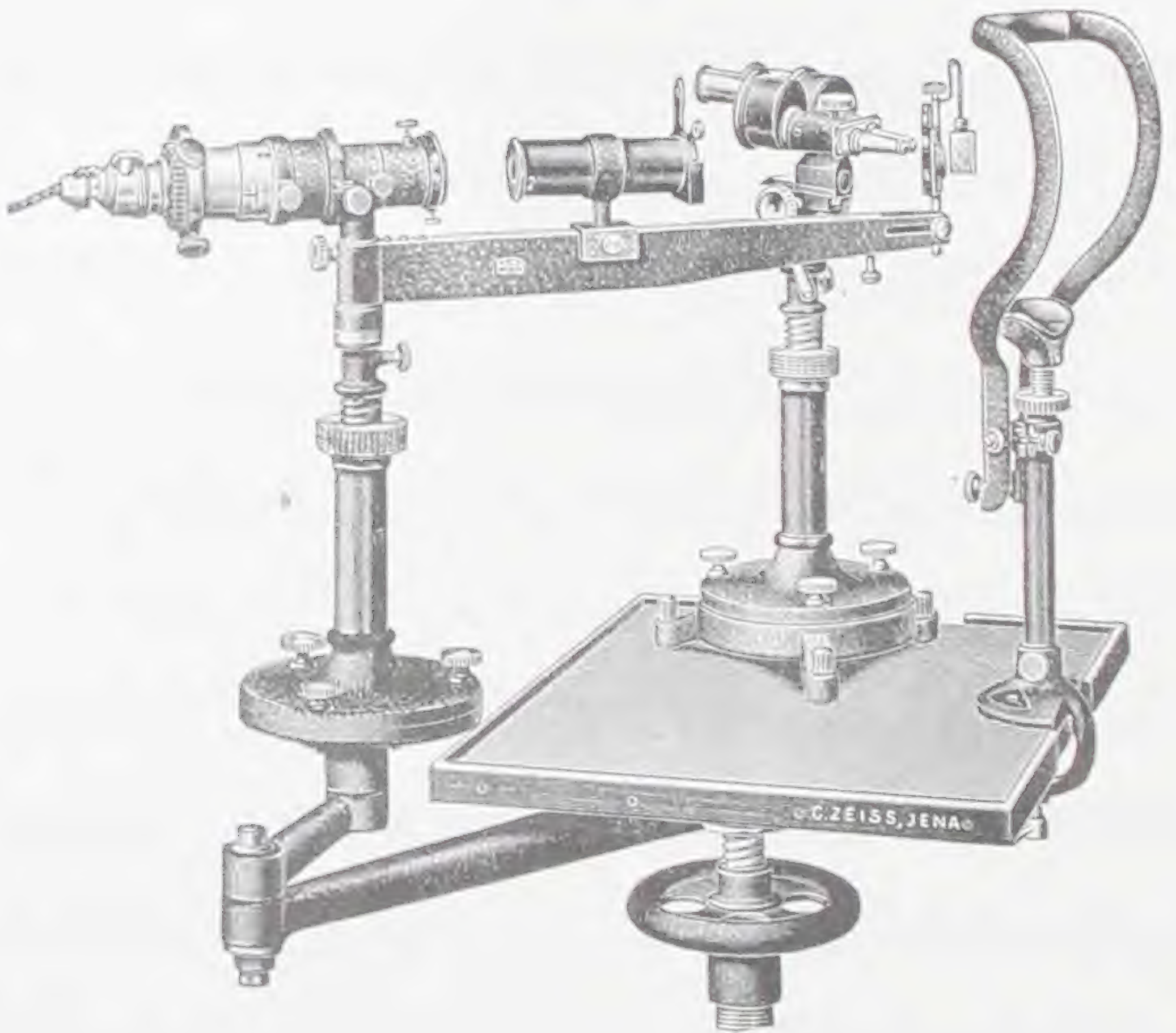
اور جس سے مجسم بینی بصارت (stereoscopic vision) حاصل ہوتی ہے۔ اگر ہم بجائے معمولی روکھے شیش کے گولے (frosted globe) کے، ۶۰ شمعیہ طاقت (60 candle-power) کو ۱/۲ فوٹ ("half-wat") گولہ استعمال کریں تو اُس کے مُدِ قوت مار (filament) کی شبیہ کو کسی بھی شے پر ایک چمکدار بیکر کی طرح مایک (focus) کر سکتے ہیں، یا متبادلاً ہم مکثف عدسہ کو خارج از مایک (out of focus) کر کے ایسی منتشر تصویر حاصل کر سکتے ہیں جو اُس تصویر سے بدرجہا اعلیٰ و ارفع ہوتی ہے جو معمولی طرز کے عام گولے (orthodox bulb) سے حاصل ہوتی ہے۔ آنکھ کی گہرائیوں میں ہم کسی قدر بغیر واضح الحدود شعاع (beam) ڈال کر کڑھ چشم کی گہرائی میں موضوعات کے نظارے کے لئے ضروری نفوذ حاصل کر سکتے ہیں۔

آلوار گیل اسٹرانڈ آپسالی (Allvar Gullstrand of Upsala) کا ایجاد کردہ ششکانی چراغ درحقیقت ایک چھوٹی سی سرچ لائٹ (searchlight) ہے، جو آنکھ کے اندر ایک تیز اور واضح الحدود شعاع (مجموعہ شعاع) ڈالتی ہے، جسے حسب خواہش مایک کر سکتے ہیں۔ شکل ۵۲ میں زئیس کے ششکانی چراغ (Zeiss slit-lamp) کا جدید ترین نمونہ دکھایا گیا ہے۔ شکل ۵۳ میں دکھلائی ہوئی خردبین ایک ترتیب پذیر (adjustable) مینر پر بھپسکتی ہے، اور ششکانی چراغ اُس پر اس وضع میں جمایا گیا ہے کہ اس سے شعاع کا اضلال (projection) کسی بھی زاویہ پر کیا جاسکتا ہے اور شعاع بہ سرعت ایک آنکھ سے دوسری آنکھ میں منتقل کیا جاسکتا ہے۔ روشنی ایک ترتیب پذیر ششکاف میں سے ہو کر گذرتی ہے، جو شعاع کی



چوڑائی کو ۱ ملی میٹر سے لیکر ۱۰ ملی میٹر تک بدل سکتا ہے۔ ترتیب پر ذقن ان (chin rest) اور جبہ دان (forehead rest) شکل میں دکھائے گئے ہیں۔

44



شکل ۵۲۔ قرنیاتی خسردین اور گل اسٹرانڈ کا شگافی چراغ۔

(Corneal Microscope and Gullstrand's Slit-Lamp)

چونکہ ہمارے پاس تیز چمکدار روشنی (نائٹرالپ: nitra-lamp) جو استعمال کیا جاتا ہے، ۵ شمعیہ طاقت کا ہوتا ہے) کا ایسا شعاعہ ہوتا ہے جسے کسی بھی زاویہ پر ڈال کر کسی بھی مقام پر ماسک کیا جاسکتا ہے، لہذا ہم امتحان کے منتخب طریقے اختیار کر سکتے ہیں۔ ہم کسی شے (مثلاً قرنیاتی



کسی جسم غریب: foreign body: یا قرنیہ: iris کی سطح) پر براہ راست  
 ماسکہ قائم کر سکتے ہیں یہ راست ماسکی تنویر (direct focal  
 illumination) ہے۔ متبادلاً ہم شعاعہ کو زیر امتحان شے کے پیچھے کی  
 کسی انعکاسی سطح پر ماسک کر کے اُس شے کا مشاہدہ عبوری روشنی  
 (transmitted light) سے کر سکتے ہیں۔ یہ عقبی تنویر (retro-illumination)  
 ہے۔ روشنی کا ایک چمکدار ثنائی مبداء قرنیہ پر بنا کر  
 قرنیہ کا امتحان عبوری روشنی سے کر سکتے ہیں۔ یا شعاعہ کو عدسہ کے  
 غلاف موخر (posterior capsule) پر ماسک کر کے ہم قرنیہ کو پیچھے  
 سے منور کر سکتے اور اُس کے ملون طبقہ میں کے مذبول رقبوں اور انشقاقات  
 کو واضح کر سکتے ہیں۔ اگر قرنیہ عروق دار (vascularized) ہو گیا ہو تو ہمیں  
 ان باریک عروق میں خون کا حقیقی دوران صاف طور پر نظر آتا ہے۔  
 تیسرے طریقے میں منطقه العکاس منطاری (zone of specular  
 reflection) سے کام لیا جاتا ہے۔ ہم شعاعہ کے زاویہ اور مرئیض کے  
 خط نگاہ کی مطابقت خردین کے محور کے ساتھ اس طرح سے کر سکتے ہیں کہ  
 انعکاسی سطح سے آنے والی روشنی ممتحن کی آنکھ میں پہنچے۔ قرنیہ کی  
 پشت پر آستر کرنے والے دروں حلیات (endothelium cells)  
 چمکدار رقبہ کے کنارے پر تمیز کئے جاسکتے ہیں، اور عدسہ کے اگلے اور  
 پیچھے غلافوں کی ساغری سطح (shagreen surface) کا مطالعہ

لے شاگرین بقول ویسٹرٹر کی لفظ ساغری سے ماخوذ ہے، جس کے معنی گھوڑے، گدھے وغیرہ  
 باربردار جانوروں کے پٹھے کے چمڑے کے ہیں۔ اس کا اطلاق ایک قسم کے غیر بدبو بخیز چمڑے



کیا جاسکتا ہے۔ اس آئینہ کی روشنی کے استعمال سے قرنیہ اور عدسہ کے تغیرات کے متعلق قیمتی معلومات حاصل ہوتے ہیں۔

شگافی چراغ (slit-lamp) کا امتحان عریض (چوڑے) شعاع یا تنگ (سکڑے) شعاع، دونوں سے کیا جاسکتا ہے۔ عریض شعاع آنکھ کی انوکھی سطحوں کے متعلق معلومات حاصل کرنے کے لئے خاص کر پسند کیا جاتا ہے۔ وہ سطحات یہ ہیں: قرنیہ کی مقدم سطح۔ غشاء ڈسمیٹ (Descemet's membrane)۔ قرنیہ کی مؤخر سطح۔ عدسہ کا غلاف مقدم۔ عدسہ کے مختلف نواتوں کی سطحیں۔ عدسہ کا غلاف مؤخر۔ اور بالآخر شبکیہ (retina) کی سطح۔ آنکھ کے مناظری حالات اس آلہ کے تجول یا وسعت (range) کو زجاجیہ (vitreous) کے مقدم ثلث تک محدود رکھتے ہیں، لیکن اگر ایک تماسی شیشہ (contact glass) استعمال کر کے

بقیہ حاشیہ صفحہ گذشتہ۔ کیا جاتا ہے جو روس اور دیگر مشرقی ممالک میں گھوڑے، گدھے، اونٹ وغیرہ کے چمڑے سے تیار کیا جاتا ہے۔ اس پر چھوٹے چھوٹے گول دانے اُبھرے ہوتے ہیں تازہ نم چمڑے کی اس جانب کو، جس پر بال ہوتے ہیں، چھوٹے بیج یا دانے رکھ کر دیا جاتا ہے اور پھر خشک ہونے پر اس کی ناہمواریوں کو کھرج کر دور کر دیا جاتا ہے، پھر اسے پانی میں بھگو دیا جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دبائے ہوئے یا گرٹھے دار حقے پھول کر خوب اُبھرتے ہیں اور ایک ذراتی یا دانے دار منظر پیدا ہو جاتا ہے۔ پھر اس چمڑے کو مختلف رنگوں (بالخصوص سبز) سے رنگ دیا جاتا ہے۔ یہاں ساغری سطح سے ناہموار کھردری اور ذراتی یا دانے دار سطح مراد ہے۔ جدید مصری میں، شاگرین کو معرب کر کے شجران بنالیا ہے (ترجم)۔



قرنیہ کے انعطاف کو زائل کر دیا جائے تو زجاجیہ کے مؤخر حصے اور شبکیہ بھی اس آلہ کی حدِ رسائی میں لائے جاسکتے ہیں۔ تنگ شعاعہ کا استعمال آنکھ کا امتحان بصری تراش (optical section) میں کرنے کے لئے

کیا جاتا ہے، اور یہ شعاعہ نہایت ہی عظیم الاءہمیت ہے۔ معمولی طریقہ دو بجا

(dimensions) تک محدود رہتے

ہیں، لیکن شگافی چراغ سے تیسرا بُعد

(dimension) بھی حاصل ہو جاتا ہے۔

آنکھ کی ساختوں کی گہرائی کی تخمینہم

خردبین کے مجسم بینی خاصائص

(stereoscopic properties)

سے استفادہ کر کے بالخصوص معائنہ کے

ذریعہ سے کر سکتے ہیں، نیز اگر ضرورت

ہو تو خوردبین کے چشمہ (micrometer

eye-piece) کی مدد سے حقیقی

پیمائش کر کے، اور خوردبین کا ڈھول

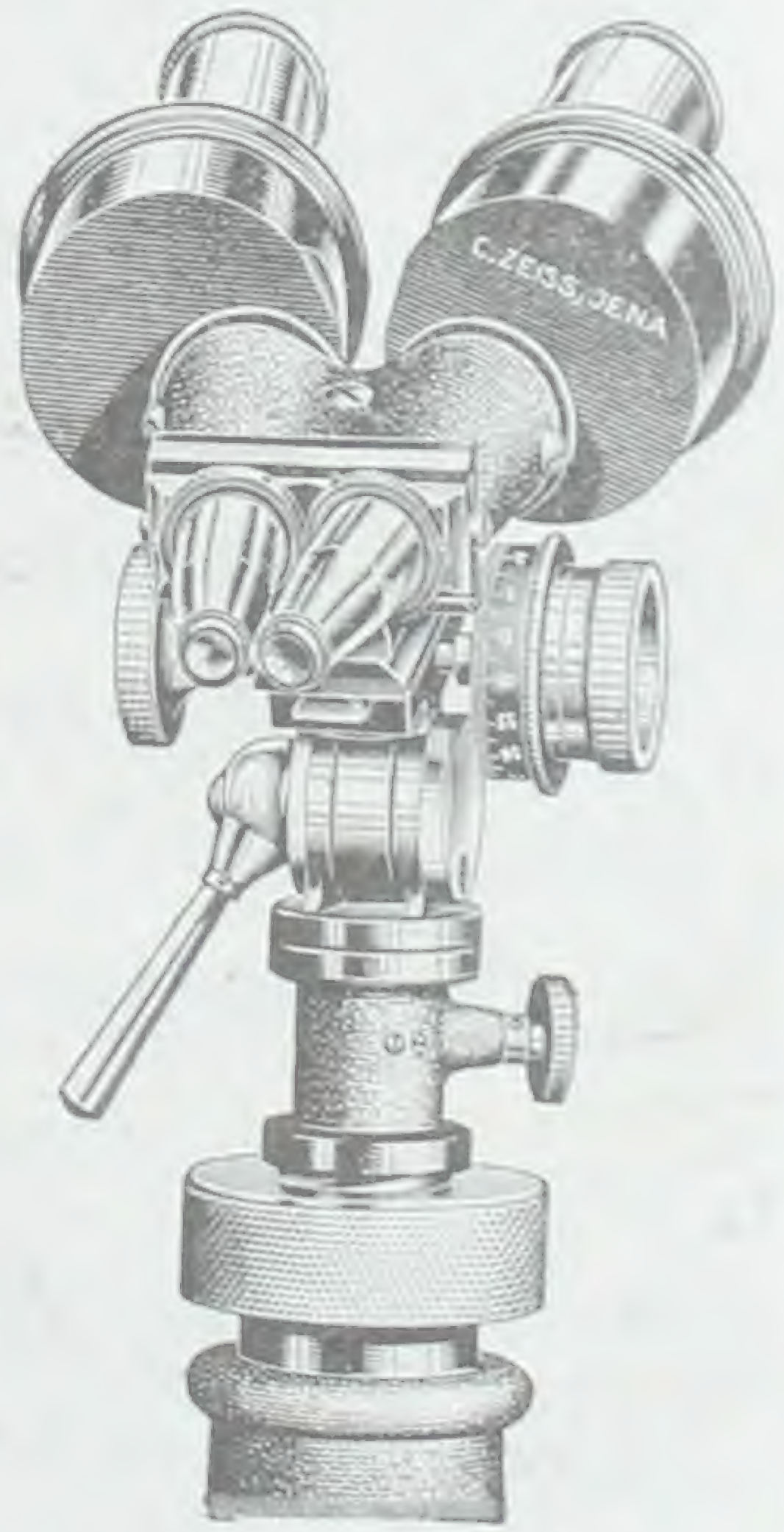
(micrometer drum) استعمال

کر کے جو خوردبین سے لگا ہوا ہوتا ہے

اور نلیوں کی مسافت کا اندراج ملی میٹر

(endothelial cells) کی دہائیوں میں کرتا ہے۔ ہم قرنیہ کے دروں حلی خلیات

کو اور ازاں بعد قزحیہ کی سطح کو ماسکہ پر لاتے ہیں۔ خوردبین کی اس مسافت سے



شکل ۵۳۔ راس خوردبین، جس کے ساتھ

ڈاکٹر آلبرک (Dr. Ulbrich) کا

درجہ دار ڈھول لگا ہوا ہے۔



جو ڈھول پر پڑھی جائے، خزانہ مقدم (anterior chamber) کی گہرائی کی خاصی صحیح پیمائش حاصل ہوگی، اور یہ زرق الماء (glaucoma) کی حالت میں کارآمد ہو سکتی ہے۔

ہم قرنیہ کو بصری تراش (optical section) میں دیکھ سکتے اور اُس کی دبازت اور اُس کے منحنیوں (curvatures) کی نوعیت کا اندازہ کر سکتے ہیں۔ معائنہ کے ذریعہ



کسی قرصہ کی گہرائی تحقیق کی جا سکتی ہے، اور شعاعہ کو اُس کی سطح پر عرفاً حرکت دیکر قرصہ کی وسعت اور حدود کا نقشہ تیار کیا جا سکتا ہے۔ شکل ۵۴ میں ایک قرصہ قرنیہ بائیں جانب عریض شعاعہ سے اور دائیں جانب بصری تراش میں تنگ شعاعہ سے منور کیا ہوا نظر آتا ہے۔

شکل ۵۴ -

تاریک نکت فلورسین (fluorescein)

کے نفوذ کی گہرائی کو ظاہر کرتی ہے۔

مخروطی قرنیہ (conical cornea) کے تغیرات آنکھ کو صاف نظر آنے لگتے ہیں، اور کسی جسم غریب کا محل وقوع یا کسی الہتہابی ماسکہ (مرکز) کا نتیجہ (location) صحیح طور پر معلوم ہو جاتا ہے۔

ساخت عدسہ

تنگ شعاعہ استعمال کر کے عدسہ کو ہم مرکزی نواتوں کے



کئی سلسلوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ غلافِ عدسہ (capsule) ایک بستی چکدار لکیر کے مانند نظر آتا ہے اور اُس کے نیچے ایک صاف رقبہ زیرِ غلافی خط (subcapsular line) سے محدود ہوتا ہے۔ کالج پھونکنے والوں کے موتیا بند (glassblowers' cataract) میں غلاف کی مقدم سطح سے ایک مہین سی تہ (فلم) اُترتی ہوئی نظر آسکتی ہے یہ منطقی ورقہ (zonular lamella) ہے۔ رباط مُعلق (suspensory ligament) کے ریشے اسی ساخت میں پوسٹہ ہو کر ملتے ہوئے ہیں اور



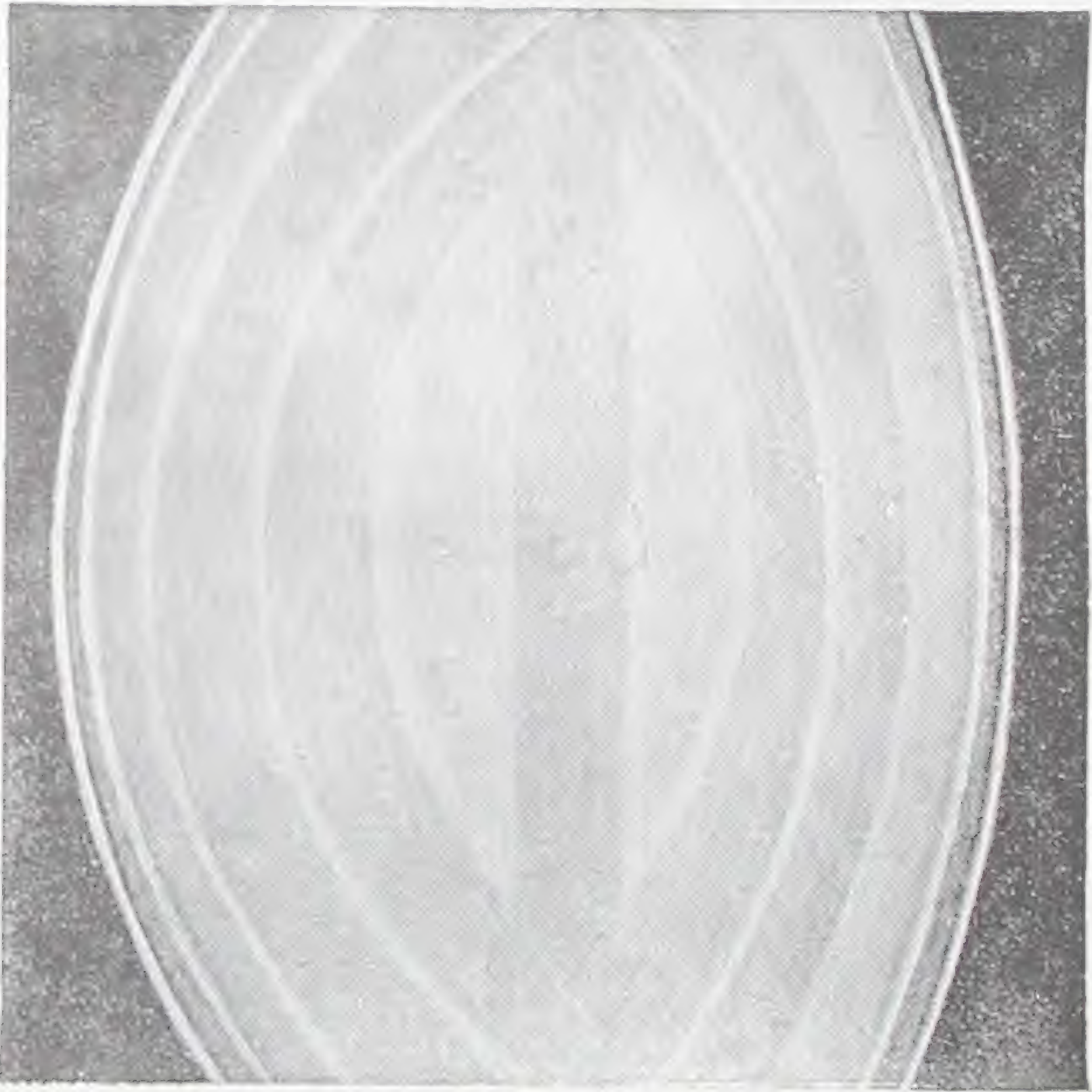
شکل ۵۵۔ قرحیہ کا پیدائشی شقاق، جس میں رباط مُعلق کے ریشے بندوں کی صورت میں مرتب نظر آتے ہیں۔

ایسی حالتوں میں جیسے کہ پیدائشی شقاق قرحیہ (congenital coloboma of iris) اور انخلا ع عدسہ (subluxation of the lens) شگافی چراغ کی مدد سے دیکھے جاسکتے ہیں۔ وہ بٹڈلوں میں مرتب ہوتے ہیں جو زوائد ہدبیہ (ciliary processes) کے درمیان کی وادیوں میں



(ہر جانب ایک ایک) واقع ہوتے ہیں، اور پیچھے جا کر جاسٹھ مُسنن (ora serrata) کے قریب ختم ہوتے ہیں۔ ان کی ترتیب شکل ۵۵ میں نظر آتی ہے۔

47 پہلے عدسی نوات (lens nucleus) کو قشرہ (cortex) کہتے ہیں

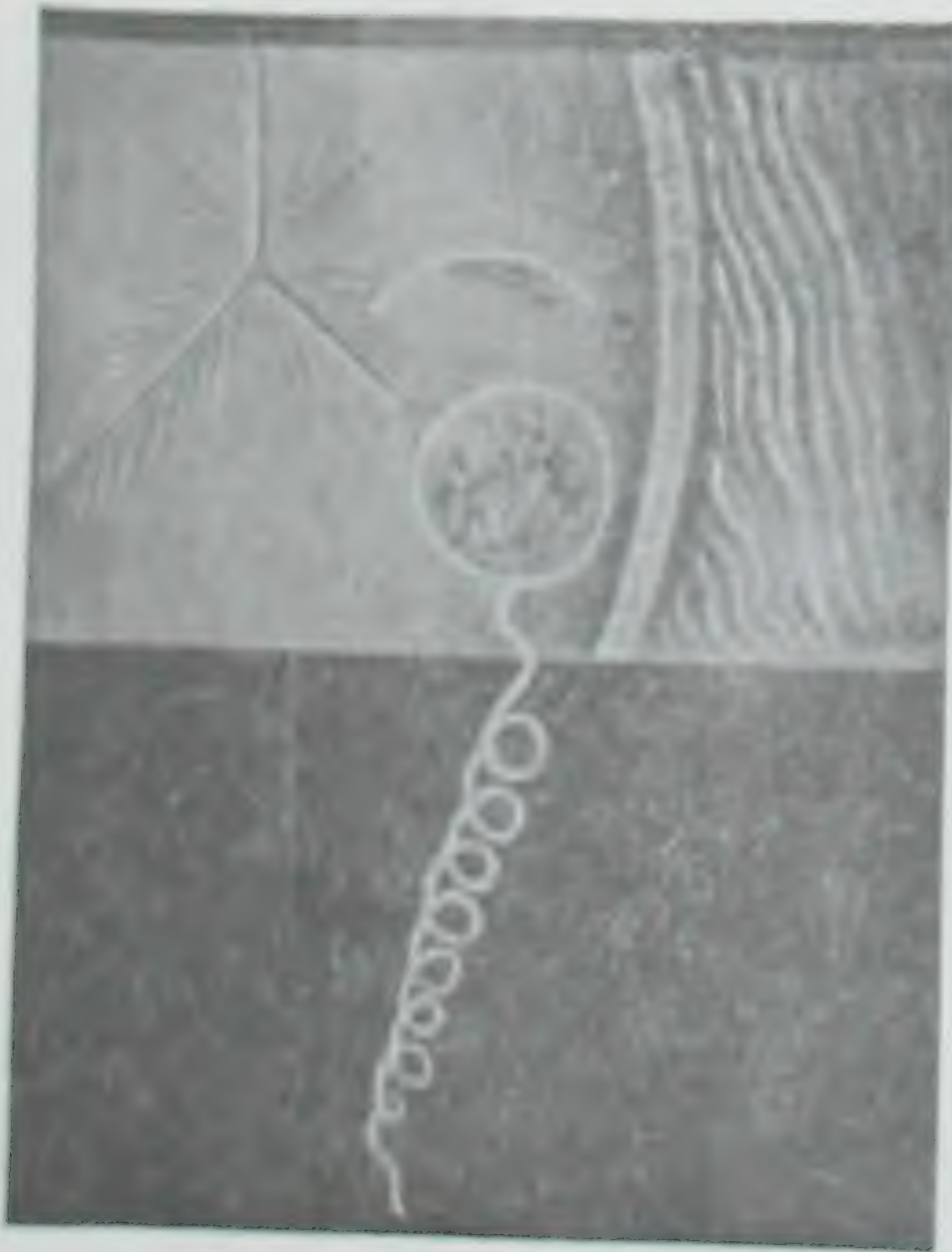


شکل ۵۶ - تمثیلی طبعی عدسہ کی بصری تراش

اور اس کے اندر بالغ نوات (adult nucleus) ہوتا ہے۔ اس کے بعد کائنات مرضی نوات (infantile nucleus) اور پھر جنینی نوات (foetal nucleus) ہے جو دو مستوی محذب (plano-convex) اجسام پر مشتمل ہوتا ہے، جن میں ایک کی مستوی سطح



دوسرے کی مستوی سطح کے سامنے لگی ہوئی ہوتی ہے۔ بالآخر عدسہ کے مرکز میں مضغی نوات (embryonic nucleus) ہوتا ہے، جو مرکزی صاف جگہ ہے۔ یہ عدسہ کا قدیم ترین حصہ ہے۔ مثالی بالغ عدسہ کا منظر بعدی تراش میں شکل ۵۶ میں دکھایا گیا ہے۔



شکل ۵۰ - پھپھی ۲ - نادرز اور قوسی خط جس کے اوپر ایک دوسری قوس ہے۔

شریان زباجی (hyaloid artery) نہایت واضح ہے۔

بعض شعاعہ سے ہم ان میں سے بعض نواتوں کی سطحیات اور ساتھ ہی ان کی میز و ممتاز درزوں (sutures) کا امتحان کر سکتے ہیں۔



ان درزوں کے پورے بیان کے لئے طالب علم کو لازم ہے کہ شگافی چراغ سے متعلق کسی کتاب کا مطالعہ کرے، کیونکہ یہ درزیں عدسہ کی بالیدگی (نشوونما) سے گہرا تعلق رکھتی ہیں۔ سب سے زیادہ دلچسپ درز، جو شگافی چراغ کی ایجاد سے پہلے ہی مشہور و معروف تھی، Y نفاذ درز (Y suture) ہے جو جنینی نوات کی سطح پر ہوتی ہے۔ یہ یقینی نزول الماء (lamellar cataract) کی بعض مثالوں میں یہ درز اکثر معمولی لوپ (loupe) (عدسہ بکتر) سے دیکھی جاسکتی ہے۔ اگلا Y سیدھا ہے اور پھیلا اٹھا ہوتا ہے۔ (مگر) تشریح کی تمام نصابی کتابوں میں اور آنکھ سے متعلق اکثر کتابوں میں اس کے برعکس وضع بتلائی گئی ہے۔ شگافی چراغ کے ذریعہ محض معمولی معائنہ سے Ys کی صحیح وضع نظر آجائے گی۔ Y کے بازوؤں سے عدسی ریشے تشعیر کر کے خط استوا کی طرف جاتے ہوئے نظر آسکتے ہیں، یہاں وہ خم کھا کر مقابل جانب کی درز سے جا ملتے ہیں۔

49

بیشتر بچوں اور بعض بالغوں میں شریان زحبا جی (hyaloid artery) خلف العدسہ فضا (retro-lental space) میں ایک بل دی ہوئی ڈوری کے ٹکڑے کے مانند نیچے لٹکتی ہوئی نظر آتی ہے۔ یہ عدسہ کے پچھلے غلاف سے، اس کے پچھلے قطب سے کسی قدر انفی جانب چسپاں ہوتی ہے۔ مؤخر Y نفاذ درز مع عدسی ریشوں اور زحبا جی باقیات کے شکل ۵۵ میں دکھائی گئی ہے۔

## شگافی چراغ کی سریری منفعت

ظاہر ہے کہ صحیح نعین مقام (تجیز) جو اس آلہ سے حاصل ہوتا ہے



بڑے کام کی چیز ہے۔ صنعتی رقبوں میں یہ فیصلہ کرنے کے لئے کہ آیا کسی جسم غریب (foreign body) نے قرنہ کو چھید دیا ہے، یہ ہمیشہ کام میں لایا جاتا ہے۔ اور اکثر اس امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ کترہ چشم کے اندر دھات کا کوئی ریزہ موجود ہے۔ قرنہ کے ندبہ ثاقب (perforating scar) کی عمر کا تخمینہ کیا جاسکتا ہے، اور یہ چیز معلوم ہو جائے تو بعض اوقات ایک طبی قانونی مقدمہ میں قطعی اہمیت رکھتی ہے۔ عدسہ کے عتام (opacities) کی نوعیت اور محل وقوع کا ٹھیک ٹھیک اندازہ کیا جاسکتا ہے اور انکی ترقی کی نگرانی کی جاسکتی ہے۔ شکافی چراغ کی مدد سے موتیا بند کی بہت سی نئی اقسام کا انکشاف ہوا ہے، اور ان کے مشہور اصناف کی نوعیت اب نسبت بہتر طور پر ذہن نشین ہو گئی ہے۔ بوڑھے اشخاص میں عدسی صلابت (lens sclerosis) کا مرکزی حصہ، اور بالغ نوات کی سطح اب تقریباً اتنی ہی روشنی منعکس کر سکتی ہے جتنی کہ خود غلاف عدسہ کر سکتا ہے۔ اگر اس صلابت کے ساتھ انعطاف نما (index of refraction) میں بھی زیادتی ہو تو مرکزی نوات (جس کا انحناء عدسہ کی بیرونی سطح کے انحناء کے نسبت زیادہ نمایاں ہوتا ہے) روشنی کو عدسہ کے محیطی حصہ کے نسبت زیادہ منعطف کرتا ہے۔ مندرجہ بالا توجیہ سے واضح ہو جائے گا کہ عدسہ میں دو ماسکے کیسے پیدا ہو جاتے ہیں۔ بوڑھے اشخاص میں پتلی عموماً چھوٹی ہوتی ہے، چنانچہ ان میں انعطاف کا تغیر صرف عدسی قصر البصر (lental myopia) پیدا کرتا ہے۔ لیکن اگر پتلی چوڑی ہو تو شبکیتی شبیہ (retinal image) زیادہ دُصندلی ہو جاتی ہے اور شکافی چراغ کے بغیر ناقص تیزی نظر کی توجیہ تبلا نا مشکل ہو جائے گا، کیونکہ عدسہ اکثر بالکل شفاف ہوتا ہے۔



آنکھ کی التهابی حالتوں میں شگافی چراغ ایک لابدی چیز ہے۔ اس کی مدد سے ہم ذرات، بلکہ خلیات کو یا حقیقی خلیات کے جھنڈوں کو خزانہ مقدم کے مائیک (aqueous) اور خلف العدسہ (retrolental space) میں اور زجاجیہ (vitreous) میں تیرتے ہوئے دیکھ سکتے ہیں۔ چونکہ قرنیہ قرچیہ (iris) کے نسبت زیادہ سرور ہوتا ہے، لہذا خزانہ مقدم میں حلی روئیں (convection currents) واقع ہوتی ہیں۔ اسی وجہ سے یہ ذرات قرچی جانب اوپر اٹھتے ہوئے اور قرنیہ کے پیچھے نیچے کو گرتے ہوئے گردش کرتے رہتے ہیں۔ اگر التهاب زیادہ شدید ہو جاتا ہے تو مائیک البومینی ہو جاتا ہے، حلی روئیں موقوف ہو جاتی ہیں، اور ذرات ساکن ہو کر استراحت پذیر ہوتے ہیں۔ اب روشنی کا شعاعہ، جبکہ وہ خزانہ مقدم میں سے گذرتا ہے، مرئی (visible) ہو جاتا ہے (یعنی نظر آنے لگتا ہے)۔ یہی نام نہاد طور پر لمعہ یا ذمک (flare) کہلاتا ہے۔ اس ذمک کی شناخت اور مائیک میں ذرات کی موجودگی اکثر ایسے خطرناک التهابات (جیسے کہ مشار کی التهاب چشم : sympathetic ophthalmitis) کے ابتدائی ترین امارات (signs) ہیں، اور شگافی چراغ کے استعمال سے ہمیں یہ قدرت حاصل ہو جاتی ہے کہ ہم اس ہولناک پیچیدگی کو معمولی طریقہ با امتحان کے مقابلہ میں چند روز پہلے شناخت کر سکتے ہیں۔ چنانچہ N. A. B. کے ذریعہ فوری علاج شروع کیا جاسکتا ہے، اور مشار کی التهاب چشم کے بیشتر مریضوں میں دونوں آنکھیں بچائی جاسکتی ہیں۔ خزانہ مقدم میں خلیات کی موجودگی عموماً التهاب مشیمیہ (choroiditis) پر دلالت کرتی ہے، اور چشم بین سے بہ احتیاط تلاش کرنے پر اکثر قعر چشم میں مرکز مرض (focus)



کا پتہ مل جائے گا۔

شگافی چراغ کی مدد سے رسوباتِ قرنیہ (corneal precipitates) کی جو نوعیت محقق اور واضح ہوتی ہے وہ ایک تشخیصی اہمیت رکھتی ہے۔ کوئی مطروحات (pigmented deposits) کوئی خطرناک اہمیت نہیں رکھتے۔ ممکن ہے کہ موتیا نکالنے کے عمل کے بعد عدسی قشرہ کے کچے قرنیہ کی پچھلی سطح سے چپک جائیں اور تا وقتیکہ شگافی چراغ سے ان کی حقیقی نوعیت ظاہر نہ ہو جائے تشویش کا باعث رہیں۔ اس کے عکس شفیف قرنی رسوبات (pellucid keratic precipitates)۔ جسمِ ہربی (ciliary body) اور شبیمہ (choroid) کے شدید التهاب پر دلالت کرتے ہیں۔ قرنیہ (iris) کی سطح پر اور پتلی کے حاشیہ کے قریب جیلا یعنی رسوبات وہی ظاہر کرتے ہیں جو شفیف قرنی رسوبات (pellucid keratic precipitates) سے ظاہر ہوتا ہے۔ وہ ظاہر ہوتے اور غائب ہوتے ہیں اور ممکن ہے غلطی سے درزات (tubercles) سمجھ لئے جائیں۔ اکثر ہمیں اس امر کے متعلق شبہ رہتا ہے کہ آیا کڑھ چشم میں خبیث بالیدگی (malignant growth) موجود ہے یا التهابی (inflammatory exudate)۔ یہ بات خاص کر بچوں کی حالت میں ہوتی ہے، اور ایسی صورت میں تشخیص یا تو سریشی سلعہ ہوتی ہے یا کاذب سریشی سلعہ (pseudo-glioma)۔ شگافی چراغ سے التهاب کے قطعی امارات پائے جائیں تو یہ اس امر پر دلالت ہے کہ حالت التهابی نوعیت کی ہے۔

یہ ظاہر ہے کہ ہر شخص شگافی چراغ نہیں خرید سکتا، جس کی قیمت آج کل چالیس تا اسٹی پائونڈ ہے۔ لیکن (اتنا ضرور ہے کہ) ہر وہ شخص



جس نے شگافی چراغ کے طریق استعمال پر قدرت حاصل کر لی ہے، اپنی معلومات کا اطلاق اُس سادہ امتحان پر کر سکتا ہے جو لوپ (loupe) (عدسہ کبیر) اور ہاف واٹ لمپ (half-watt lamp) کے ذریعہ کیا جاتا ہے، یا وہ برقی چشم بین سے آنکھ میں ایک متوازی شعاع کا اضلال کر سکتا ہے۔ اب وہ تنویر کے مختلف طریقے کام میں لا سکتا ہے اور یہ جانتے ہوئے کہ وہ کیا تلاش کر رہا ہے، وہ تنویر موڑب (oblique illumination) سے اُس شخص کی نسبت جو معمولی روکھا قلمقہ (frosted bulb) استعمال کرتا ہے اور شگافی چراغ سے ناواقف ہے، بدرجہا زیادہ کامیابی حاصل کرے گا۔

شگافی چراغ کے متعلق مزید معلومات مندرجہ ذیل کتب سے حاصل ہو سکتے ہیں:-

- (1) "The Microscopy of the Living Eye," by  
Koby (translated into English by  
Goulden and Harris)

(زندہ آنکھ کا خوردبینی امتحان) از کوپی (اس کا انگریزی ترجمہ گولڈن اور ہیرس نے کیا ہے)۔

- (2) "An Illustrated Guide to the Slit-Lamp,"  
by T. Harrison Butler

(دہنمائے شگافی چراغ باتصویر، از ٹی ہیرسن بٹلر)۔



# باب پنجم

## عوارض اجفان

52

تشریح فعلیات۔ اجفان یعنی پوٹے جلد کے حرکت پذیر دھراؤ ہیں جن کی ساخت میں سامنے سے پیچھے کی طرف جاتے ہوئے حسب ذیل اجزاء شامل ہیں:۔ جلد، ڈھیلی اتصالی بافت (connective tissue)، عضلی بافت، غضروف الجفن (tarsus) اور رداء (fascia) اور ملتحمہ (conjunctiva)۔ مزید ان میں پلکیں (اہداب)، متعدد غدود، عروق دموویہ و لمفیہ، اور اعصاب بھی ہیں۔ پوٹوں کی جلد نہایت پتلی اور نازک ہوتی ہے، اور ڈھیلی فضائی بافت (areolar tissue) کے ذریعہ، جس میں چربی نہیں ہوتی، نیچے کے عضلات سے ملی رہتی ہے۔ ان خصائص سے اس امر کی توجیہ ظاہر ہوتی ہے کہ اس خطہ میں خون کی وعاء بکری (extravasation) اور اذیمیائی اور ام اس قدر جلد کیوں واقع ہو جاتے ہیں۔

ہر پوٹے کا حاشیہ سامنے ایک گول اگلا لب پیش کرتا ہے جس میں سے اہداب (cilia) یعنی پلکیں نکلتی ہیں۔ یہ چھوٹے چھوٹے موٹے اور خمیدہ بالوں کی دو یا تین قطاریں بناتی ہیں۔ ان بالوں کی جڑیں اتصالی بافت اور عضلہ میں گہری گڑی ہوئی ہوتی ہیں اور



ان میں ذہنی جراثیم (sebaceous follicles) موجود ہوتے ہیں، جنہیں اس مقام پر غد زیس (Zeis's glands) کہتے ہیں۔ اس مقام پر ترمیم یافتہ عرقی غد (sweat glands) بھی پائے جاتے ہیں، جن کو غد مال (glands of Moll) کہتے ہیں۔ یہ اہداب (پلکوں) کے شعری جراثیم میں، یا کسی غد زیس کی قنات میں، یا جفنی حاشیہ کی سطح پر کھلتے ہیں۔ پیچھے، پوٹے کا حاشیہ ایک تیز پچھلا لب پیش کرتا

ہے۔ اس لب کے بالکل سامنے میبومی غد (Meibomian

glands) کے فٹے ہوتے ہیں۔ ان دونوں لبوں کے درمیان

کی سطح کو فضاء بین الحواشی (intermarginal space)

کہتے ہیں۔ پوٹوں کے حاشیہ بیرونی جانب مگر اس طرح

مستند ہوتے ہیں کہ ان سے ایک زاویہ حادہ بنتا ہے جس کو

ماق خارجی (external canthus) کہتے ہیں۔ باقی داخلی

(internal canthus) کے قریب ان کے اتصال سے

ایک گول فضاء پیدا ہو جاتی ہے، جس میں ترمیم یافتہ

جلد کا ایک چھوٹا سرخی مائل ابھار موجود ہوتا ہے۔ اس

ابھار کو کچمہ (caruncle) کہتے ہیں۔

تحت الجلدی اتصالی بافت میں اور اس کے پیچھے

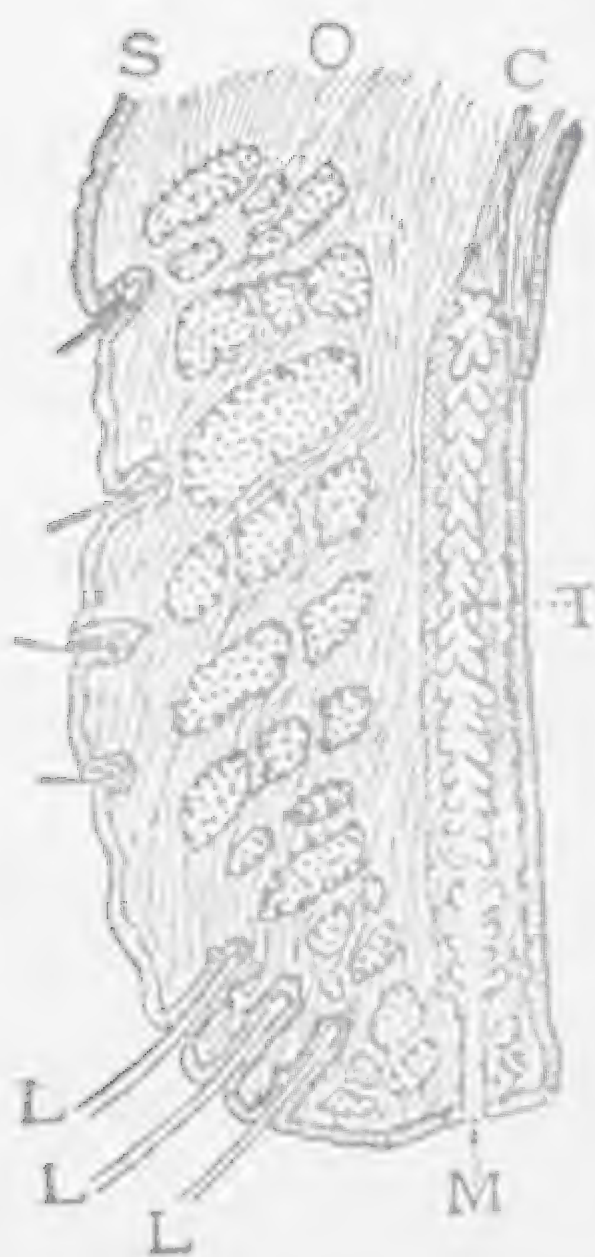
ہیں پوٹوں کے عضلات ملتے ہیں عضلہ رافعة الجفن فوقانی

(levator palpebrae superioris) مچھ (چشم خانہ)

کے راس سے نکلتا ہے اور غروف الجفن کے بالائی کنارے

اور اگلی سطح اور بالائی جفن کے وسط کی جلد سے پیوستہ

ہوتا ہے۔ عضلہ محیطیہ جفنیہ (orbicularis) غروف الجفن اور جلد کے درمیان ہی



شکل ۵۸۔ بالائی جفن کی

طولی تراش۔

S۔ جلد O۔ عضلہ محیطیہ۔

C۔ ملتحمہ T۔ غروف الجفن۔

M۔ میبومی غد کا فتحہ۔

L۔ پلکیں۔



واقع اور آخر الذکر سے چسپدہ ہے، مگر اول الذکر کے اوپر ڈھیلے طور پر پھسلتا رہتا ہے۔ وہ روزانہ جفنی (palpebral aperture) کے گرد ایک چٹا حلقہ بناتا ہے۔ نیز ہمیں غیر منقطع عضلی بافت کی ایک تہ ملتی ہے جو غضروف الجفن کے محفوں (tarsal plates) کے محیطی حاشیوں سے پیوستہ ہو کر منتهی ہوتی ہے، اور جفنی غیر ارادی عضلات (palpebral involuntary muscles) کے نام سے موسوم ہے۔

غضروف الجفن (tarsus) کشیف ریشہ دار بافت سے بنا ہوا ہوتا ہے اور ہر پوٹے کی استواری اور سختی اُسی کے باعث ہوتی ہے۔ بالائی پوٹے میں کا غضروف زیرین پوٹے میں کے غضروف کی نسبت بڑا ہوتا ہے۔ دونوں غضاریف داخلی اور خارجی غضروف الجفنی رباطا (internal and external tarsal ligaments) کے ذریعہ چشم خانہ کی جانب دیواروں سے اور ریشہ دار بافت کی ایک صفاتی (aponeurotic) تہ کے ذریعہ [جس کو رداء جفنی یا رباط جفنی (palpebral fascia or ligament) کہتے ہیں] چشم خانہ کے بالائی اور زیرین حاشیوں سے مرتبط اور پیوستہ ہوتے ہیں۔ غضروف الجفن کے جرم میں میبومی غد (Meibomian glands) پائے جاتے ہیں، جو متوازی قطاروں میں واقع ہوتے ہیں۔ بالائی پوٹے میں ان کی تعداد تیس سے چالیس تک، اور زیرین پوٹے میں بیس سے تیس تک ہوتی ہے۔ یہ مکمل ڈھنی غد (sebaceous glands) ہیں جن کے برے بند اور متعدد اخوری زائیدے (caecal appendages) ہوتے ہیں اور جو شحمی افراز سے بھرے ہوتے ہیں اور پوٹے کے آزاد حاشیہ پر کھلتے ہیں۔ جفنی ملتحمہ (palpebral conjunctiva) تپلا، عروق دار اور غضروف الجفن سے قریبی طور پر چپکا ہوا ہوتا ہے۔

اجفان (پوٹوں) کی شریانیں رسدینی (ophthalmic) اور جہی (facial)



شرائین سے ماخوذ ہے۔ بالائی پوٹے میں یہ ایک فوقانی محراب بناتی ہیں (جو بالائی غضروف الجفنی حاشیہ کے برابر جاتی ہے) اور ایک تحتانی محراب (جو پوٹے کے آزاد کنارے کے قریب واقع ہوتی ہے)۔ زیرین پوٹے میں صرف ایک ہی محراب، اُس کی آزاد کور کے قریب ہوتی ہے۔ وریڈیں یعنی (ophthalmic) صدغی (temporal) اور وہی (facial) وریڈوں میں خالی ہوتی ہیں۔ عروق لمفیہ پیش اُذنی (pre-auricular)، تحت الفکی (submaxillary) اور نکفی (parotid) لمفی غد میں چلے جاتے ہیں۔ عصب سویم عضلہ رافعہ (levator) کو، عصب وہی (facial) عضلہ محیطیہ (orbicularis) کو، اور عصب مشارکی (sympathetic) جفنی غیر ارادی عضلات کو رسد پہنچاتا ہے۔ حسی عصبی رسد عصب پنجم سے اخذ ہوتی ہے۔

پوٹے آنکھ کو بیرونی تضرر، اجسام غریبہ (foreign bodies) غیر معمولی تکشف (exposure) اور کثرت روشنی سے محفوظ رکھتے ہیں۔ وہ آنسوؤں اور مختلف غد کے افرازات کو پھیلانے میں مدد ہوتے ہیں، اور اس طرح کرہ چشم کو چکنا دیتے ہیں، قرنہ کی سطح کو نرم آلود اور شفاف رکھتے ہیں، اور اُس گرد و غبار کو جو آنکھ میں پہنچ گیا ہو دھو ڈالتے ہیں۔

اجفان کے عام عوارض حسب ذیل ہیں: التهاب جفنی (blepharitis)، شُعیہ (hordeolum)، بُرَدہ (chalazion)، شمر منقلب (trichiasis)، شترہ داخلی (دروں حافہ) (entropion)، شترہ خارجی (بروں حافہ) (ectropion)، استرخاء الجفن (ptosis)، سلعات (tumours) اور تضررات (injuries)۔



# التهاب الجفن

(BLEPHARITIS)

یہ پوٹوں کے حاشیہ کی ایک نہایت عام مزمن التهابی حالت ہے جس میں سرخی اور دہارت کے ساتھ اکثر کھپلیاں اور پٹیاں بنتی ہیں (شکل ۶۱، صفحہ ۷۰)۔ یہ التهاب دو شکلوں میں واقع ہوتا ہے۔ غیر متقرح (non-ulcerative) اور متقرح (ulcerative)۔ علامات۔ اوپری یا غیر متقرح شکل میں پوٹوں کے حاشیے متورم اور سرخ ہو جاتے ہیں اور عموماً پلکوں کی جڑوں میں کثیر التعداد سفیدی مائل کھپلیاں موجود ہوتی ہیں۔ پلکوں کے بال جلد جھڑ جاتے ہیں لیکن چونکہ شعری جراثیم تلاف نہیں ہوتے اس لئے نئے بال پھر پیدا ہو جاتے ہیں۔ صاف رنگ والے اشخاص میں اس مرض میں بتلا ہونے کا خاص رجحان ہوتا ہے۔

54

گہری یا متقرح قسم (ulcerative form) میں پوٹوں کی کوریں سرخ اور متورم ہوتی ہیں اور ان پر زردی مائل رنگ کی پٹیاں موجود ہوتی ہیں جو پلکوں کو باہم چپکا دیتی ہیں۔ ان پٹیوں کو نکال دینے کے بعد پلکوں کی پیوستگی کے مقامات کے قرب و جوار میں چھوٹے چھوٹے قرعے (ulcers) دکھائی دیتے ہیں۔ ان قرحوں سے خون بہت آسانی سے بہنے لگتا ہے۔ پلکوں کے بال ادھر ادھر مڑ جاتے اور جھڑنے لگتے ہیں اور چونکہ شعری جراثیم تلاف ہو جاتے ہیں اس لئے ان کی جگہ نئے بال نہیں پیدا ہوتے۔ مندرجہ بالا دونوں قسموں میں کھجلی، خراش، اشہ متع





شکل ۵۹—شعیره یا گنهایجی



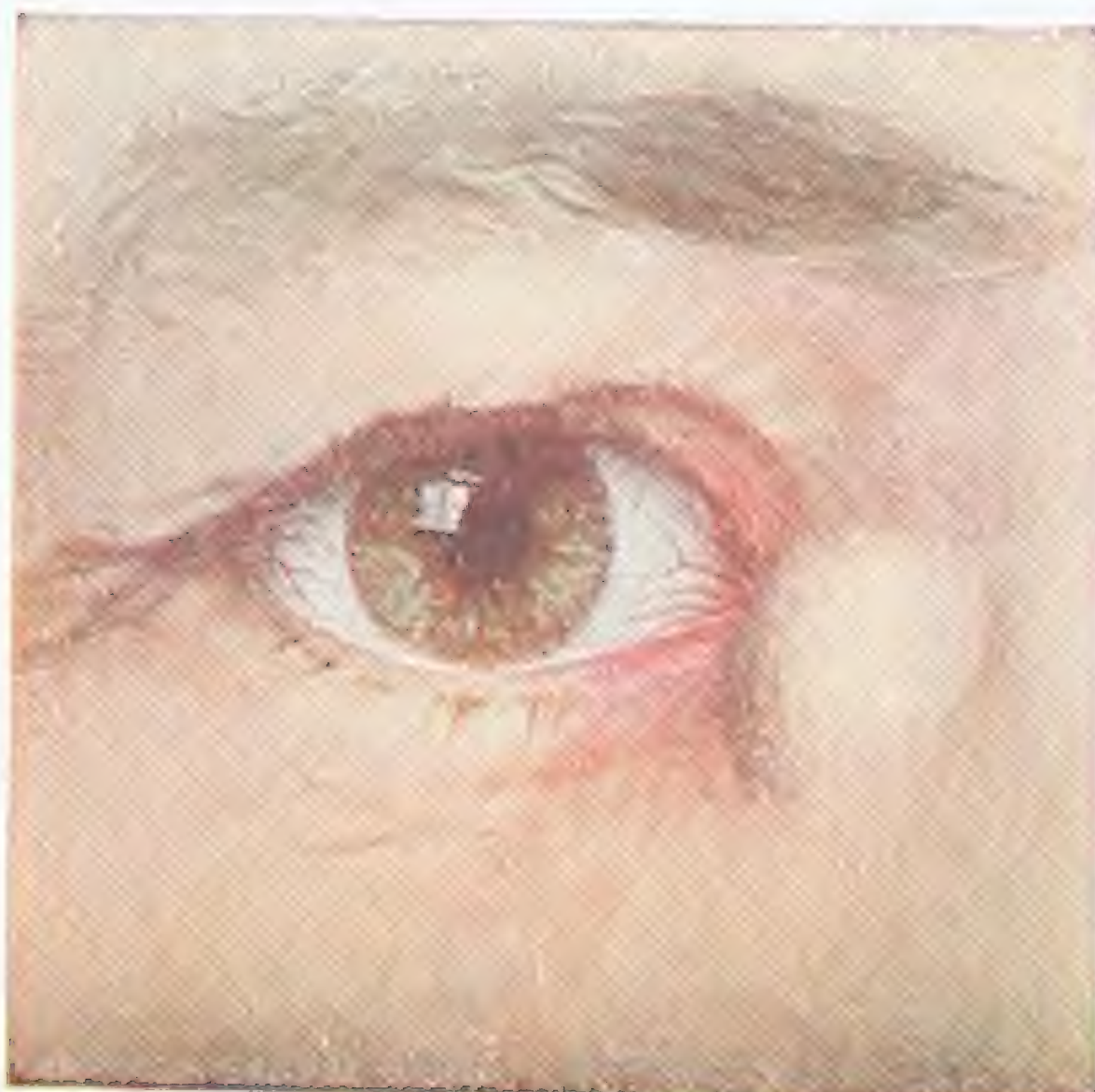
شکل ۶۰—برده (Chalazion) یا  
مائبومی دویره



شکل ۶۱—اهدابی جفی التهاب (Ciliary  
blepharitis)



شکل ۶۲—شتره خارجی (برون حافه)  
(Ectropion)

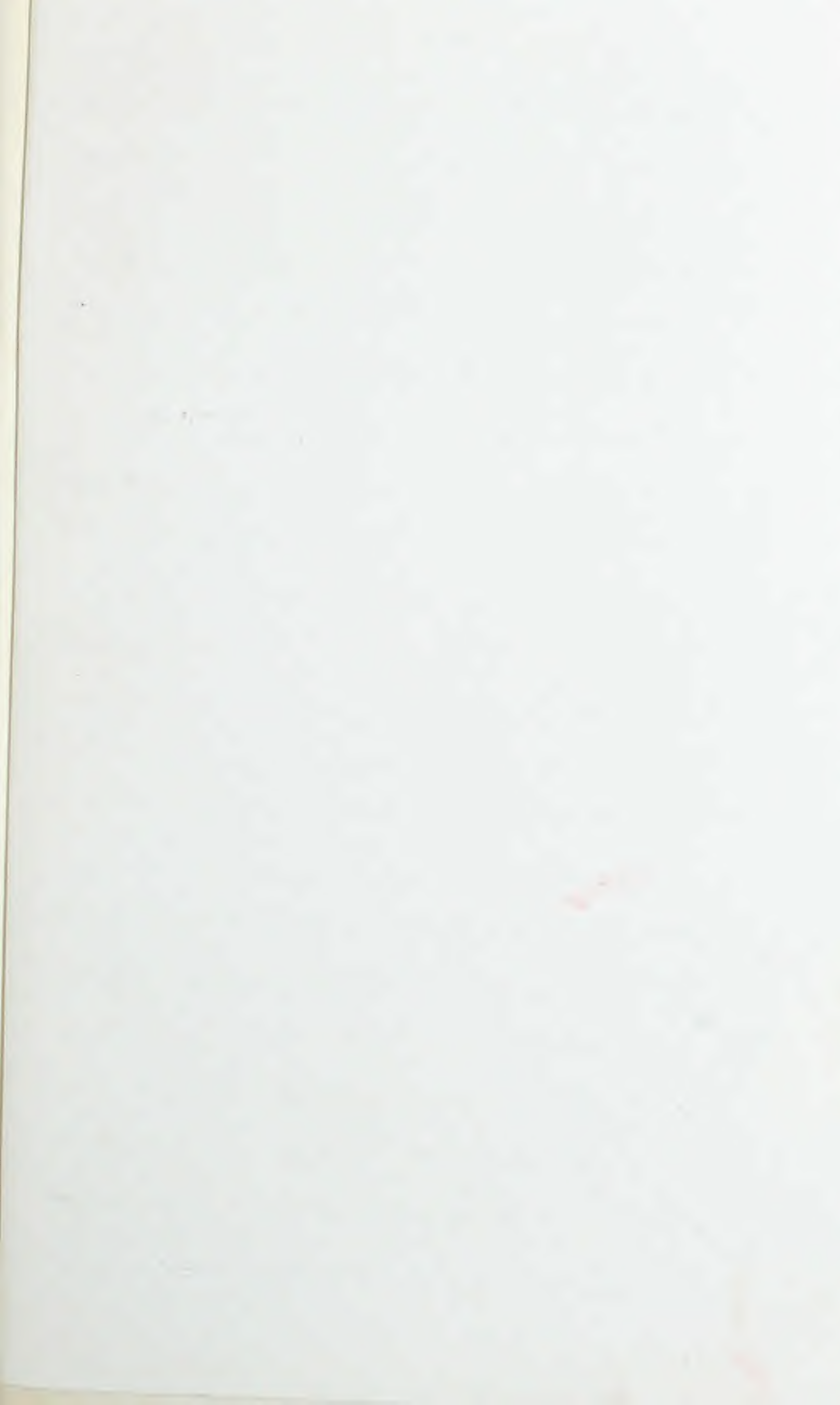


شکل ۶۳—مخاطی قیله (Mucocoele)



شکل ۶۴—حاد التهاب تا چّه رمعی  
(Acute dacryocystitis)







(epiphora) (یعنے ڈھلکا) اور روشنی کی حساسیت پائی جائیگی۔  
 عواقب (Sequalae) خصوصاً متقرح قسم میں واقع ہونے  
 میں ممکن ہے کہ پلکوں کے بال کم یا زیادہ تعداد میں مستقل طور پر ضائع ہو جائیں  
 یعنی حاشیہ کا تضخم (tylosis)، شعر منقلب (trichiasis)  
 اور شترہ خارجی (ectropion) ہو جائے۔ بعض اوقات نہایت مزمن  
 حالتوں میں، بہ استثنائے چند چھدرے باریک بالوں کے تمام پلکیں جھڑ جاتی  
 ہیں۔ اور اس حالت کے لئے تساقط الالہد اب (طرط) (madarosis)  
 کا نام استعمال کیا جاتا ہے۔

بحث اسباب۔ ادنیٰ درجہ کا صحیح (hygienic) ماحول،  
 نظام جسم کی پست حالتیں، امراض طفیہ (exanthemata) خصوصاً  
 حصہ یعنی کھسر کے بعد کی۔ خراش اور گرہ ہوائی میں تکشف مثلاً دھوئیں،  
 تیز ہوا، گرد و غبار میں۔ دیر تک جاگنا۔ ناکافی نیند۔ غیر مصحح نقائص  
 انعطاف (uncorrected errors of refraction) بالخصوص از نظر  
 (hypermetropia) اور مبہم ماسکیت (astigmatism)۔ مزمن  
 التهاب ملتحمہ (chronic conjunctivitis)۔ انفی عوارض۔ آلات دمعیہ  
 کی خرابیاں (lacrymal disorders)۔ قملات یعنی جوئیں (pediculi)۔  
 عدم صفائی۔ یہ مرض ہر عمر میں ہوتا ہے، لیکن بچوں میں نہایت عام ہے۔  
 علاج۔ یہ مرض بہت عمیر العلاج ہے اور اس کے کہنہ ہو جانے  
 کا امکان ہوتا ہے۔ اگر ممکن ہو تو ازالہ سبب ہیج ضروری ہے۔ صفائی  
 غلط عادتوں کی تبدیلی، اور نقائص انعطاف کی درستی، یہ سب امور مقامی  
 علاج میں نہایت ممد و معاون ہوتے ہیں۔ پلکوں کی کوروں کو آہستہ سے



مگر پورے طور پر صابون اور پانی سے دھو ڈالنا چاہئے تاکہ تمام کھپلیاں اور  
پٹریاں گھل کر نکل جائیں۔ پھر پلکوں کو خشک کر کے اُن پر یلو آکسائیڈ آف  
مَرکیوری (yellow oxide of mercury) یا ایمونائیٹڈ مَرکیوری  
(ammoniated mercury) یا اِکٹھیال (ichthyol) کا مرہم  
لگا دیں۔ کھپلیوں کو نکالنے کے لئے صابن اور پانی، یا ایسا پانی جس میں بورکس  
(borax) یا بائی کاربونیٹ آف سوڈا (bicarbonate of soda)  
ملا ہوا ہوا استعمال کرنا چاہئے اور اس میں روئی بھگو کر لگائیں۔ منقح قسم میں  
کچے (زخم کے) مقامات پر کبھی کبھی سلور نائٹریٹ (silver nitrate)  
کا ایک یا دو فیصدی لطافت کا محلول لگانا بھی مفید ثابت ہوتا ہے۔  
شدید اور کہنہ حالتوں میں مذکورہ بالا علاج کے استعمال سے پہلے تمام  
پلکوں کو اکھاڑ ڈالنا ضروری ہوتا ہے۔ بعض اوقات سرایت زدہ میبومی  
قناتوں کا اعتصار (expression) (دبا کر مواد نکال دینا) نہایت مفید  
ہوتا ہے۔ یہ اس طرح کیا جاتا ہے کہ پوٹے کے اندرونی حصے کے برابر برابر ایک  
شیشے کا ڈنڈا پھرایا جاتا ہے اور ساتھ ہی پوٹے کی بیرونی جانب پر انگوٹھے  
یا انگلی سے تقابلی دباؤ (counter pressure) ڈالا جاتا ہے بعض غیر علاج  
اور دیر پا حالتوں میں اسٹفلوکا کی جڈرینا (staphylococcal vaccines)  
مفید پائی گئی ہیں۔

جفنی تہج (Oedema of the Lids) ایک نہایت عام  
علامت ہے، اور ان حصّوں کی ساخت اس کی پیدائش میں مدد ہوتی  
ہے۔ جفنی تہج مندرجہ ذیل قسموں کا ہو سکتا ہے:- (۱) التھابی  
(inflammatory) جو پوٹوں اور اُن کے قرب و جوار کے حصّوں



کے امراض مثلاً شعیرہ یا گوبانجنی (style) 'التهاب تاجیہ و معی (dacryocystitis) اور مستزاد انفی جوفوں (nasal accessory sinuses) کے عوارض کے ساتھ ہوتا ہے، یا اندرون چشم کے شدید التهابات مثلاً التهاب قزحیہ و جسم ہربی (iridocyclitis) 'حاد زرق المساء (acute glaucoma) 'التهاب کل لعین (panophthalmitis) اور مجری خلوی التهاب (orbital cellulitis) کی علامت کے طور پر موجود ہوتا ہے۔ (۲) ضربی (traumatic) جبکہ وہ تضرر راست (injuries) کے باعث ہوتا ہے جن میں کیڑوں کی نیش زنی (sting) بھی شامل ہے (۳) نظامی (systemic) 'کلوی اور قلبی امراض میں۔ (۴) غیر التهابی (non-inflammatory) جسکی ایک کثیر الوقوع مثال وعائی عصبانی اڈیما (angioneurotic edema) ہے۔ یہ ایک مکرر الوقوع (بار بار ہونے والی) قسم ہے جو بہ سرعت پیدا ہو جاتی ہے اور اکثر اس قدر نمایاں ہوتی ہے کہ پوٹوں کو مسدود کر دیتی ہے، مگر اس کے ساتھ آنکھ میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ مریض اس نتیجے سے بہت خوف زدہ ہو جاتا ہے، مگر جس طرح یہ بہ سرعت نمودار ہوتا ہے اُسی طرح بہ سرعت غائب بھی ہو جاتا ہے۔ یہ قسم اکثر و بیشتر عورتوں میں دیکھی جاتی ہے، بالخصوص ایام حیض میں۔ یہ ثمری (urticaria) سے مماثل ہے اور تیز اور شدید ملحی تسہل (saline cathartic) اور سوڈا بائی کاربونیٹ (soda bicarbonate) کی بڑی مقداروں سے اس میں فوراً آرام ہو جاتا ہے۔

حمائی نملہ (Herpes Febrilis)۔ بعض اوقات حمائی عوارض کے دوران میں، بالخصوص جبکہ یہ تنفسی خطے کے التهاب کے ساتھ متعلق



ہوں، پوٹوں پر، نیز لبوں پر اور ناک کے اجنبہ (alae) پر حمائی نملہ پیدا ہو جاتا ہے۔ چھوٹے چھوٹے آبلے (vesicles) جو گروہ درگروہ ہوتے ہیں، کسی قدر سرخ قاعدے پر پائے جاتے ہیں۔ یہ چند روز میں خشک ہو جاتے ہیں اور ان کے کوئی داغ (ندبات) باقی نہیں رہتے۔ ممکن ہے کہ ان کے ساتھ قرنیہ پر بھی آبلوں کا ایک ثوران (eruption) ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 147)۔

## منطقی عینی نملہ

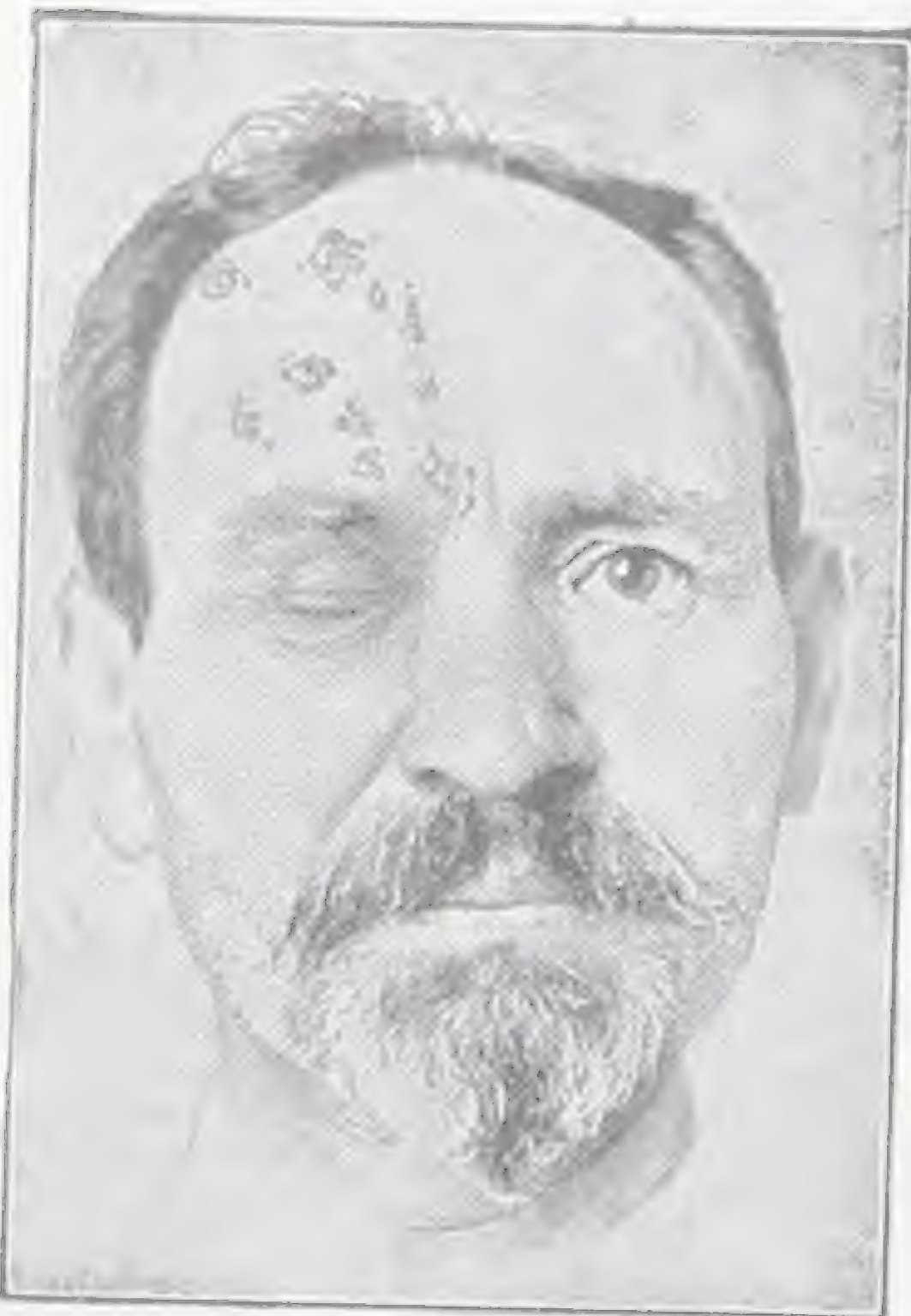
(HERPES ZOSTER OPHTHALMICUS)

منطقی عینی نملہ کی متمیز خصوصیت ایک ایک جانبی نملی ثوران ہے جو عصب پنجم (fifth nerve) کے عینی حصے کے پھیلاؤ کی متابعت کرتا ہے۔ اس عارضہ کی ابتداء سر اور چہرے کے ایک جانبی شدید وجع العصبی درد (neuralgic pain) اور بنیئی اختلال (constitutional disturbance) کے ساتھ ہوتی ہے۔ اس ثوران میں آبلے نمودار ہوتے ہیں، جو ملتہب قاعدوں پر واقع ہوتے ہیں۔ ان آبلوں میں پہلے صاف سیال بھرا ہوتا ہے، لیکن یہ جلد ہی مکدر ہو جاتا ہے۔ بالآخر بد رنگ پٹریاں بنکر اتر جاتی ہیں اور مستقل بد نما داغ باقی رہ جاتے ہیں۔ بعض حالتوں میں انفی شاخ (nasal branch) پر بھی حملہ مرض ہوتا ہے، اور پھر کُرہ چشم بھی ماؤف ہو جاتا ہے، قرنیہ پر ایک یا زائد آبلے نمودار ہوتے ہیں، جو قروح (ulcers) میں متغیر ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے یہاں تک نوبت پہنچے کہ تمام کُرہ چشم ماؤف ہو جائے (النتہا بکّل العین =



(panophthalmitis)۔

یہ عارضہ عقدہ گیسر (Gasserian ganglion) کے مرض کی وجہ سے ہوتا ہے، اور زیادہ تر کمزور قوی والے بوڑھے مریشیوں میں دیکھا جاتا ہے۔ اس کی مدت کئی ہفتوں سے لیکر کئی ماہ تک ہوتی ہے۔ ابتداء (prognosis) عموماً اچھا، لیکن جب قرنہ ماؤف ہو جائے تو مخدوش ہوتا ہے۔



علاج - چھڑکینے کے لطیف پغوف

(bland dusting powders)

(مثلاً بسمتھ سب کاربونیٹ،

زنک آکسائیڈ، یا ٹالکم)، یا اکتھیاں

کا مرہم، ۱ فیصدی طاقت کا دِ اُغلی

استعمال کے لئے کونین اور فولاد

(quinine and iron) اور سیلیش

(salicylates) نہایت مفید ہیں۔

ممکن ہے کہ شدید درد کو روکنے کے

لئے آسپیرین (aspirin) یا مارفین

(morphine) کی ضرورت لاحق ہو۔

ممکن ہے کہ گڑھ چشم ماؤف ہو جائے، اور قرعہ قرنہ (corneal ulcer)

یا التهاب قزحیہ و جسم ہدبی (iritocyclitis) کے لئے علاج کرنا پڑے۔

آتشک اِجفال (Syphilis of the Eyelids) کبھی کبھی

ابتدائی قرعہ (primary sore) کے طور پر یا ثانوی درجہ میں یا صمغیہ

شکل ۶۵ - منطقی عینی نملہ (Herpes

-Zoster Ophthalmicus)



(gumma) کی صورت میں دیکھی جاتی ہے۔ شینکر (chancre) یعنی آکولہ (جس کے ممتاز خصائص وہی ہوتے ہیں جیسے کہ اور کسی مقام پر) جفنی کنارہ پر اکثر ماقِ داخلی (inner canthus) کے نزدیک واقع ہوتا ہے اور اُس کے ساتھ پیش اُذنی (pre-auricular) اور تحت الفکی (submaxillary) لمفی غد کی کلانی موجود ہوتی ہے۔ جفنی شینکر پر غلطی سے شعیرہ (گوہانجی) (stye)، متقیح بردہ (suppurating chalazion)، التهابِ تاجہ دمی (dacryocystitis)، گاؤچیک (vaccinia)، یا قرحہ قارضہ (rodent ulcer) کا گمان ہو سکتا ہے۔

جفنی گاؤچیک (Vaccinia of the Eyelids)۔ پیوٹوں کی گاؤچیک گاہے ماہے دیکھنے میں آتی ہے اور اُس بے احتیاطی کا نتیجہ ہوتی ہے جو کسی دوسرے مقام کے جذرینی قاح (vaccine pustule) کے افزا کی تطعیم میں برقی گئی ہو۔ اس حالت میں ایک قرحہ پیدا ہو جاتا ہے جو رمادی مائل رشحہ (exudate) یا پیڑی سے ڈھکا ہوا، او پیوٹوں کے حاشیہ پر (اکثر نیچے کے پیوٹے پر مگر بعض اوقات دونوں پیوٹوں پر) واقع ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی پیوٹوں کا ورم اور سُرخ نمایاں ہوتی ہے، اور پیش اُذنی (pre-auricular) اور تحت الفکی (submaxillary) لمفی غد کی کلانی پائی جاتی ہے۔

57

## شعیرہ یا گوہانجی

(HORDEOLUM OR STYE)

یہ پلک کے بال کی جراب (follicle) کے گرد و پیش کی بافت کا



ایک محدود مقام اور محدود رم ہے، جو بالآخر تقيج (suppuration) میں مختتم ہوتا ہے۔

علامات - چوٹے کے حاشیہ پر ایک سرخ ورم ظاہر ہوتا ہے (شکل ۹۹ صفحہ ۷)، جس کے ساتھ درد، الیمیت (tenderness) اور اکثر معتد بہ تہیج (اُذیا) بھی ہوتا ہے۔ بہت جلد ایک زردی مائل نقطہ نمودار ہوجاتا ہے جو تقيج پر دلالت کرتا ہے۔

بحث اسباب - گوبانجیاں ہر عمر میں واقع ہوتی ہیں مگر جوانوں میں نہایت عام ہیں۔ وہ اکثر متعدد بھی نکلتی ہیں۔ نظام بدن کی بے ترتیب اور خراب حالت، قبض، اور نقائص انعطاف جنکی تصحیح نہ کی گئی ہو، اکثر یہ اسباب اس کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔

علاج - بعض اوقات رفادات بارود (cold compresses) کا استعمال اس مرض کے لئے مُسَقِّط (abortive) ثابت ہوتا ہے (یعنی اُس سے مرض کا نمو رک جاتا ہے)۔ لیکن عموماً یہ ترکیب کام رہتی ہے۔ ایسی صورت میں تقيج جلد پیدا کرنے کے لئے رفادہ حار (hot compress) داعیہ علاج ہے۔ زرد نقطہ دکھائی دیتے ہی ایک یا زائد پلکوں کو اکھاڑ کر، یا ایک اُفتی شگاف دیکر، پیپ خارج کر دینا چاہئے۔ مزید شعیرات کا بننا روکنے کے لئے عام صحت کا خیال رکھا جائے، قبض رفع کیا جائے، اور نقائص انعطاف کو درست کیا جائے۔ کاڈلیورسٹل (روغن جگر ماہی) اور مختلف تجہیزات (preparations) جنہیں حیاتین اے و حیاتین ڈ (Vitamins A and D) مرکز شکل میں موجود ہوں، استعمال کرنا نفع بخش ہوتا ہے۔ کیلسیم سلفائیڈ (calcium sulphide)



بقدر ۱۰ گریں، دن میں تین بار، یا سیرپ آف ہائپوفاسفٹس مع فولاد  
(syrup of hypophosphites with iron) بقدر ایک ڈرام،  
دن میں تین بار دینا مفید ہو سکتا ہے۔ دشوار علاج حالتوں میں خود زاد جدر  
(autogenous vaccine) کا استعمال مفید ہو سکتا ہے۔ بچاننگس  
کا انسداد اکثر اس التهابِ جفنی (blepharitis) کا علاج کرنے سے  
ہو جاتا ہے جو بیشتر حالتوں میں موجود ہوتا ہے۔

## برودہ

(CHALAZION)

کلازیون یعنی برودہ [سلعہ غضروف الحفن (tarsal tumour)  
دورہ غضروف الحفن (tarsal cyst)، میبومی دورہ (Meibomian  
cyst) کسی ایک میبومی غدہ کی کلانی ہے، جو اس کی قنات کی مسدودی  
کی وجہ سے ہو جاتی ہے۔ اس کلانی کے ساتھ گرد و پیش کے غضروف الحفن  
(tarsus) میں مزمن التهاب ہوتا ہے۔ برودہ بالگوں میں بکثرت ہوتا  
ہے لیکن کیا جاتا ہے کہ نقصِ انعطاف کی عدم تصحیح برودہ کا سبب مُعد  
(predisposing cause) ہے۔ اکثر اوقات ایک ہی وقت میں  
متعدد برودات پائے جاتے ہیں۔

58

علامات - برودہ خفیف اور غیر اہم علامات کے ساتھ یا بلا کسی  
علامت کے آہستہ آہستہ نمودیر ہوتا ہے، یہاں تک کہ اس کی  
حسامت ہفتوں بلکہ مہینوں کے بعد ایک چھوٹے یا بڑے مٹر کے برابر  
پہنچتی ہے۔ اب وہ ایک محسوس ورم ظاہر کرتا ہے (شکل ۶۰ - صفحہ ۱۰۷)



جو چھوٹے سے سخت معلوم ہوتا ہے اور جلد سے نہیں بلکہ غضروف الجفن سے پسیدہ ہوتا ہے۔ پیوٹے کو الٹنے پر طعنے کی بے رنگی سے، اور بعض اوقات آریکی بافت (granulation tissue) کے ایک چھوٹے سے تودہ سے، اس کے محل وقوع کا پتہ چلتا ہے۔ کبھی کبھی بردا خود بخود غائب ہو جاتے ہیں، اور کبھی وہ بلا تغیر جسامت اور بلا التهابی علامات کے برسوں باقی رہتے ہیں۔ گاہے وہ متبقیع ہو جاتے ہیں، اور اس تغیر کے ساتھ التهاب کے علامات بھی موجود ہوتے ہیں۔ گاہے وہ بیہومی غدہ کی قنات میں پیدا ہو جاتے ہیں اور پھر ایک کمرخی مائل رمادی گرہ کے طور پر پیوٹے کی کور میں سے باہر ابھرے ہوئے ہوتے ہیں (حاشیہ برودہ: marginal chalazion)۔ شاذ حالتوں میں ایک بڑے ورم کی وجہ سے عارضی مبہم ماسکیٹ (temporary astigmatism) کا پیدا ہو جانا ممکن ہے، مگر مافیہ کو خارج کر دینے کے بعد اسکا ازالہ ہو جاتا ہے۔

**اھرا ضبیات**۔ میبومی غدہ (Meibomian gland) کی مزمن التهابی کلانی، جس کے ساتھ لمفی خلیوں اور ثابت انصالی بافتی خلیات کی درریش کی وجہ سے گرد و پیش کی بافتیں بھی ماؤفہ جاتی ہیں۔ قنات اپنے مرحلہ کے تکاثر کی وجہ سے مسدود ہو جاتی ہے۔ بیشتر غدی بافت کی جگہ چھوٹے گول خلیے (آریکی بافت granulation tissue) پیدا ہو جاتے ہیں، جن میں عفرینی خلیات (giant cells) (غیر درنی) موجود ہوتے ہیں۔ گرد و پیش کی لمفی بافت خون کی رسد کو منقطع کر دیتی ہے اور پھر مافیہ کا زجاجی انحطاط (hyaline degeneration) واقع ہو کر ایک فالودہ نما تودہ بن جاتا ہے۔ اور زیادہ طویل مدت کے بعد



ما فیہہ امانت یافتہ (liquefied) ہو جاتے ہیں، اور پھر بردہ ایک کاذب  
دُورہ (pseudo-cyst) بن جاتا ہے، جس کی دیواریں دبیز اور لیپنی  
ہوتی ہیں۔

**علاج۔** جب بردات چھوٹے ہوں تو انہیں چھیرنے کی ضرورت

نہیں۔ گاہے یلو آکسائیڈ آف مرکوری (yellow oxide of

mercury) 'ایونیٹڈ مرکوری (ammoniated mercury) یا

بورک ایسڈ (boric acid) کے مرہموں اور اس کے ساتھ ساتھ مالش

اور گرم رفادوں (hot compresses) کے متواتر استعمال سے ہم

اُن کا ازالہ کر سکتے ہیں۔ جب بردات زیادہ بڑے ہوں تو ہم عملیہ

(operation) کے ذریعہ (جو عموماً ملتئم میں سے ہو کر کیا جاتا ہے) انہیں

خارج کر دیتے ہیں۔ آنکھ کو کوکین کے اثر سے بے حس کر کے پونے کو الٹ

دیا جاتا ہے۔ ایک چھوٹے نشتر (scalpel) (شکل ۶۶) یا بیر کے چاقو

(Beer's knife) (شکل ۶۷) سے ملتئم میں سے ہوتے ہوئے بردہ کی

دیواریں ایک انتصابی شگاف دیکر اُس کے ما فیہہ (میومی افراز، آریکی

بافت، اور صمغی سیال) کو نکال دیا جاتا ہے، اور بردی مغرف

(chalazion scoop) (شکل ۶۸) کے ذریعہ دیواروں کو خوب کھرچ

دیا جاتا ہے۔ جب متقیح بردہ (suppurating chalazion) بیرونی

جانب مٹہ کرتا ہوا ملے تو ممکن ہے کہ اُس کے ما فیہہ کو جلد کی راہ سے

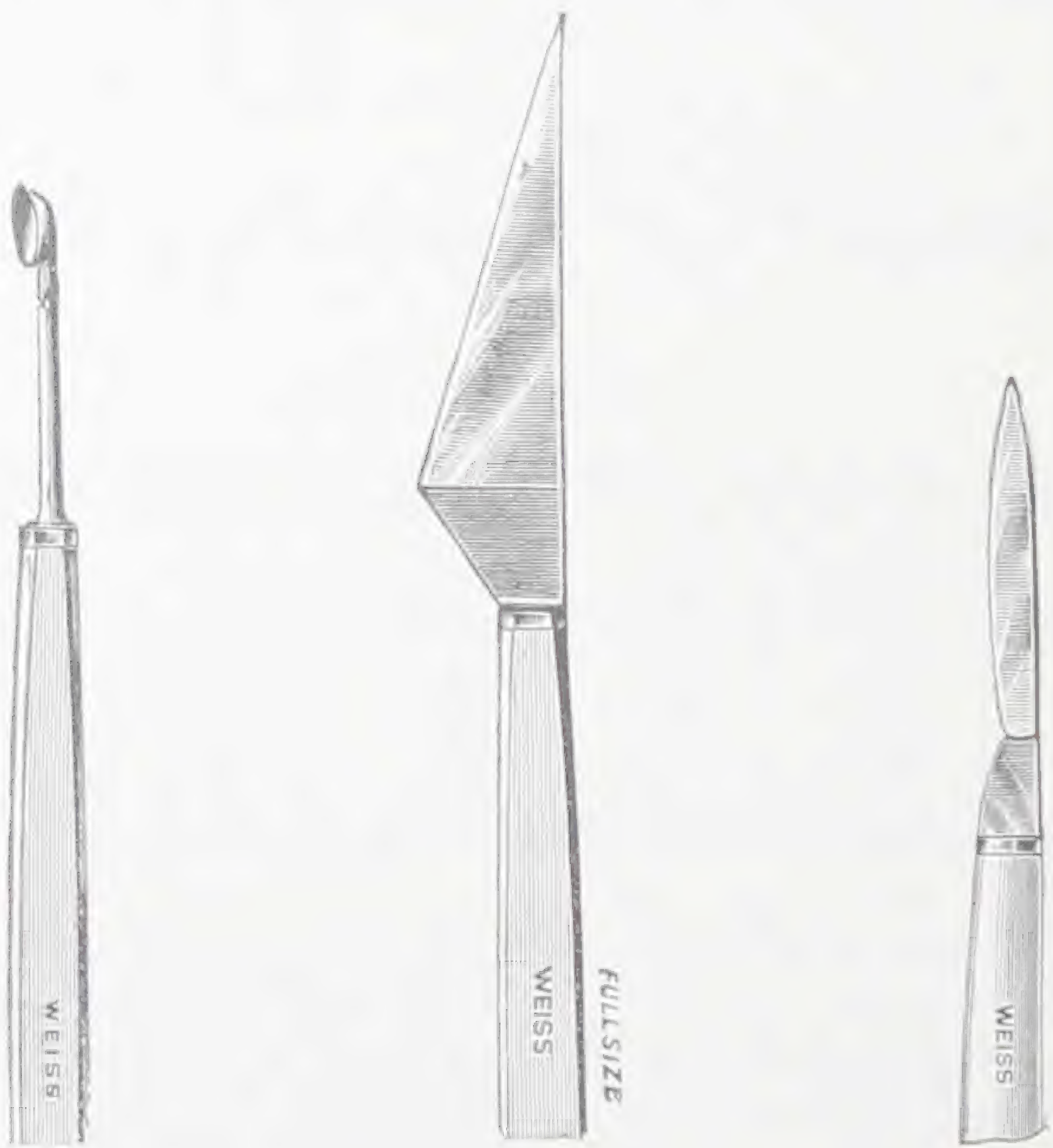
خارج کرنے کی ضرورت لاحق ہو۔ ایسی حالت میں شگاف اُفقی ہونا

چاہئے تاکہ اس کا ندبہ (scar) جلد کی شکنوں میں چھپا رہے۔

عملیہ کے بعد دُورہ (cyst) منجمد خون (تکہ خون) سے بھر جاتا



ہے، اور اس کی وجہ سے کئی دن تک بدنمائی بدستور باقی رہتی ہے۔ لہذا اگر آہستہ آہستہ مالش چند منٹ تک روزانہ کئی بار کر دی جائے تو اس سے ممکن ہے کہ یہ منجمد خون جلد جذب ہو جائے۔ روزانہ مالش سے بروات کے نگیں (عودِ مرض) کی روک تھام ہونے کا بھی امکان ہوتا ہے۔



شکل ۶۶۔ چھوٹا نشتر      شکل ۶۷۔ پیر کا چاقو۔      شکل ۶۸۔ بردی مغرفہ

(Scalpel) - (Cahlazion Scoop)

حاشیائی بروات (marginal chalazia) کا ازالہ اکثر مشکل سے

ہوتا ہے، لیکن اس صورت میں تروییب بالبرق (electro-coagulation)

(برقی حرارت رسانی: diathermy) مفید پائی گئی ہے۔

میبومی قناتوں کی سرایت [جس میں ملتحمہ پر ایک جھاگ دار افزائے



جفنی حاشیے مزمن طور پر متورم ہو جاتے ہیں اور قناتوں سے اندھے کی سفیدی جیسا (زلالی) سیال رسنے لگتا ہے [جفنی التهاب (blepharitis) کی ایک عام پیچیدگی ہے۔ اس کا بہترین علاج قناتوں کا بار بار اعصار (expression) ہے، یعنی تھوڑے تھوڑے وقفوں کے بعد قناتوں کو دبا کر مواد خارج کیا جائے۔

## ارتکاس الابداب (شعر منقلب)

60

(TRICHIASIS)

ارتکاس الابداب (شعر منقلب) مختلف التعداد پلکوں کا اندر کو مڑ جانا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ قرنیہ پر رگڑتی رہتی ہیں (شکل

۴۰)۔

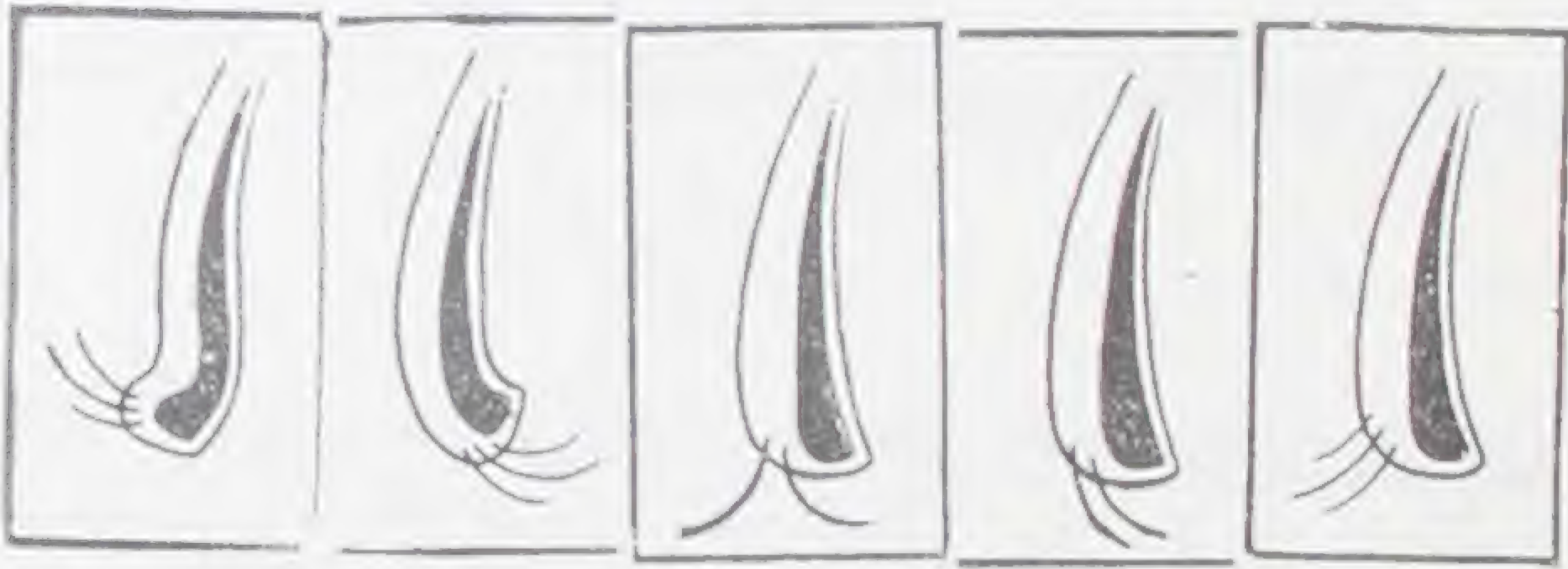
ازدواج الابداب (distichiasis) ایک نادر الوقوع اور عموماً پیدائشی حالت ہے، جس میں پلکوں کی دو قطاریں جدا ہو سکتی ہیں۔ ان میں سے پچھلی قطار پیچھے کی طرف اس طرح مڑی ہوئی ہوتی ہے کہ وہ گڑھ چشم پر رگڑتی رہتی ہے (شکل ۴۱)۔

ان دونوں حالتوں میں پوٹوں کے حاشیے طبعی وضع میں ہوتے ہیں، اور بغیر وضعیت (displacement) صرف پلکوں کو متاثر کرتی ہے۔ علامات - پلکوں کی بد رخی (misdirection) میکافی خراش پیدا کرتی ہے اور قرنیہ کو متضرر کر دیتی ہے۔ اس کے ساتھ خراش، درد، تدمع (اشک ریزی) (lacrymation)، 'نوتری' (photophobia) عتات (opacities)، اور تقرح (ulceration) موجود ہوتا ہے۔



محکث اسباب۔ اس عارضہ کا سب سے زیادہ کثیر الوقوع سبب ملتحمہ اور غضروف الجفن کا ندبی انقباض (cicatricial contraction) ہے جو حشر (trachoma) یعنی روہوں کے پرانے مریضوں میں واقع ہو جاتا ہے۔ دوسرے اسباب یہ ہیں: حشری التهاب (blepharitis)، حرقات (burns)، پپوٹوں کے تضرعات، اور پپوٹوں کے جراحی عملیات۔

علاج۔ (۱) نتف الشعر (Epilation) یعنی موچینی۔ بد رخ پلکیں تعداد میں کم ہوں تو انھیں اہدابی کلابیس (cilia forceps)



اشکال ۶۹-۷۳۔ بالائی جفن کی تراش، جس سے غضروف الجفن اور پلکیوں کے طبعی اور غیر طبعی اوضاع ظاہر ہوتے ہیں۔ شکل ۶۹: طبعی جفن۔ شکل ۷۰: ارتکاس الاہداب۔ شکل ۷۱: اندواج الاہداب۔ شکل ۷۲: شترہ داخلی (دروں حافہ)۔ شکل ۷۳: شترہ خارجی (بروں حافہ)۔

(موچینہ) (شکل ۷۴) سے اکھاڑ سکتے ہیں۔ لیکن چونکہ پلکیں پھر اگ آتی ہیں لہذا ہر چند ہفتوں کے بعد پھر موچینی کرنی چاہئے۔

(۲) برق پاشیدگی (Electrolysis)۔ ایک اسفنج برقیہ



(sponge electrode) جو مثبت قطب کے متناظر ہوتا ہے، کپٹی پر لگایا جاتا ہے، اور پلاٹینم کی ایک باریک سوئی کو جو منفی قطب بنتی ہے، شعری جراب (hair follicle) کے اندر داخل کر کے اس کو تلف کر دیا جاتا ہے۔ اس غرض کے لئے بہت ہی کم طاقت کی گوانی رو (دو ملی ایمپیرس کی) استعمال کی جاتی ہے۔ اس طریق علاج سے دائمی شفا حاصل ہو جاتی ہے مگر ایک قباحت یہ ہے کہ جفنی حاشیہ کے اندر ۲ فیصدی طاقت کے



شکل ۷۲۔ اہابی کلابیب (مُوجینہ Cilia Forceps)۔

محلول نوکین (2% novocain) کے شراب کے باوجود، یہ اکثر کسی قدر دناک ہوتا ہے۔

برقی حرارت رسانی (diathermy) کے استعمال سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں اور اس سے درد بھی نسبتاً کم ہو جاتا ہے۔

(۳) عملیہ۔ جب بہت سی یا تمام پلکیں بد رخ ہوں تو جراحی

عملیات کرنے چاہئیں۔ ان عملیات کی غرض پلکوں کی غلط وضع کی درستی یا تبدیل مقام (استبدال) (transplantation) ہے۔ چونکہ ارتکاس لالہ

(trichiasis) اکثر اوقات شترہ داخلی (entropion) (دروں حافہ) کیساتھ

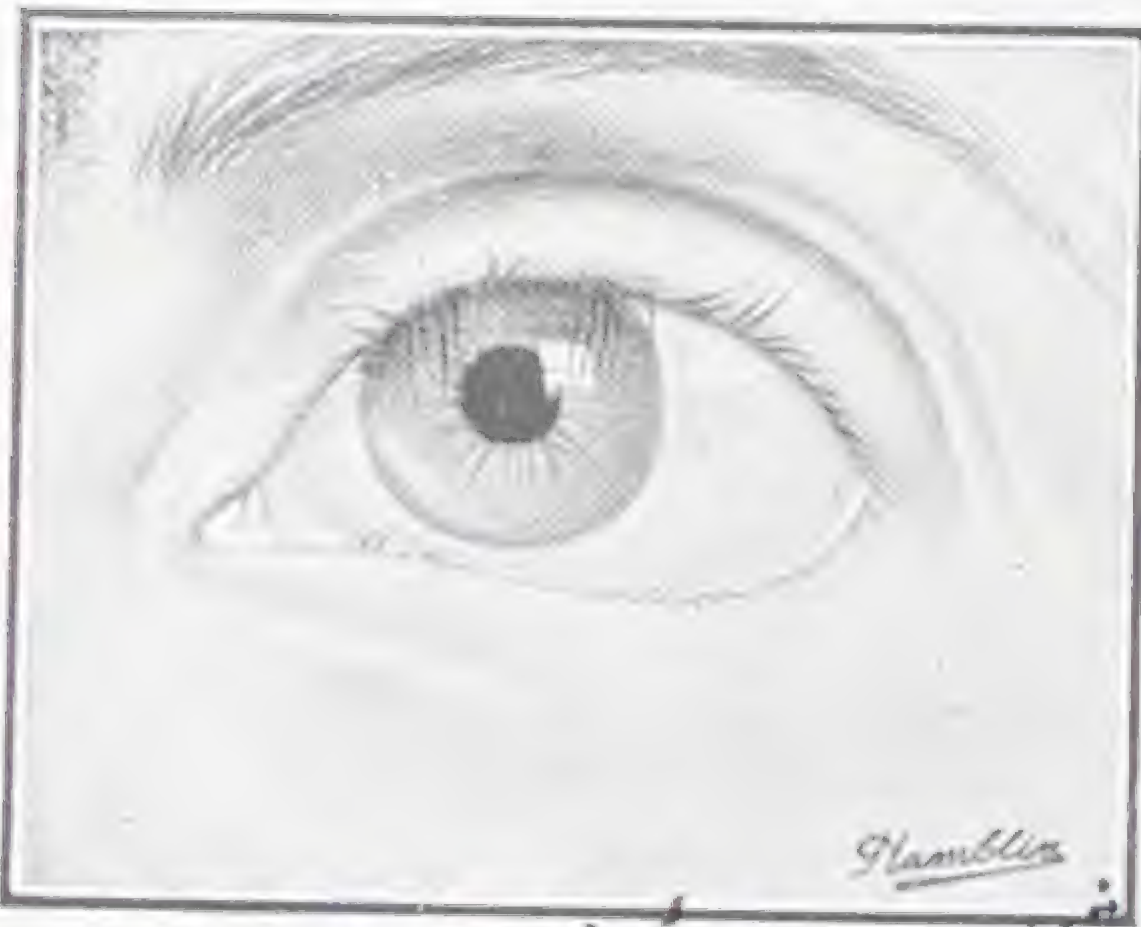


موتلف ہوتا ہے، اس لئے ان عملیات کے متعلق آخر الذکر مرض کے ساتھ بحث کی جائے گی۔

## شترہ داخلی (دروں حافہ)

(ENTROPION)

یہ پوٹے کے حاشیہ (اور اس کے ساتھ پلکوں) کا اندر مڑ جانا ہے (شکل ۷۲ اور ۷۵)۔



شکل ۷۵۔ بالائی جفن کا ارتکاس الالہاب

اقسام۔ اس کی دو قسمیں

ہیں: (۱) ندبی (cicatricial) جو غضروف الحفن اور ملتحمہ کے ندبی تغیرات کی وجہ سے ہوتی ہے، اور نہایت عام طور پر اوپر کے پوٹے کو ماؤف کرتی ہے۔ (۲) تشنجی

(spasmodic)، جو عضلہ محیطیہ (orbicularis) کے جفنی حصے کے (Entropion)۔

تشنج کی وجہ سے ہوتی ہے، اور تقریباً ہمیشہ نیچے کے پوٹے کو ماؤف کرتی ہے۔ قسم دوم عموماً بوڑھے اشخاص میں پائی جاتی ہے (شیوخی شترہ داخلی: senile entropion)، جن میں جفنی جلد کے ڈھیلے پن اور گردہ چشم کے گہرے محل وقوع کی وجہ سے (جو چربی کی غیر موجودگی کا نتیجہ ہے) اس کی مابقی استعداد (تحریض: predisposition) موجود ہوتی ہے۔

علامات۔ میکانی خراش اور قرنہ کے تضرر کے سبب سے



پیدا ہونے والے علامات: خراش، درد، تدقح (اشک ریزی)، نورتری،

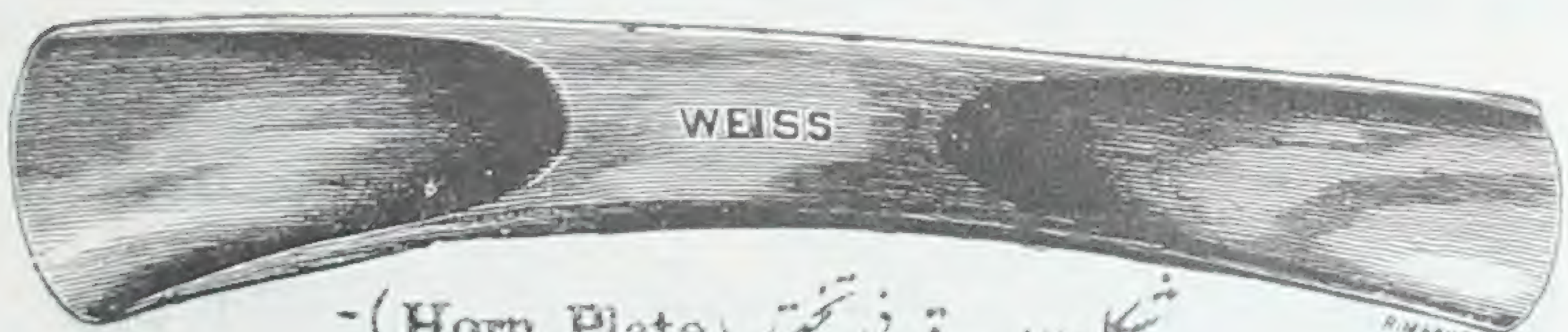
غمات (opacities) اور قرنیہ کا تقرح (ulceration)۔

کثرت اسباب - ندبی (cicatricial) قسم: اس کا اصلی سبب

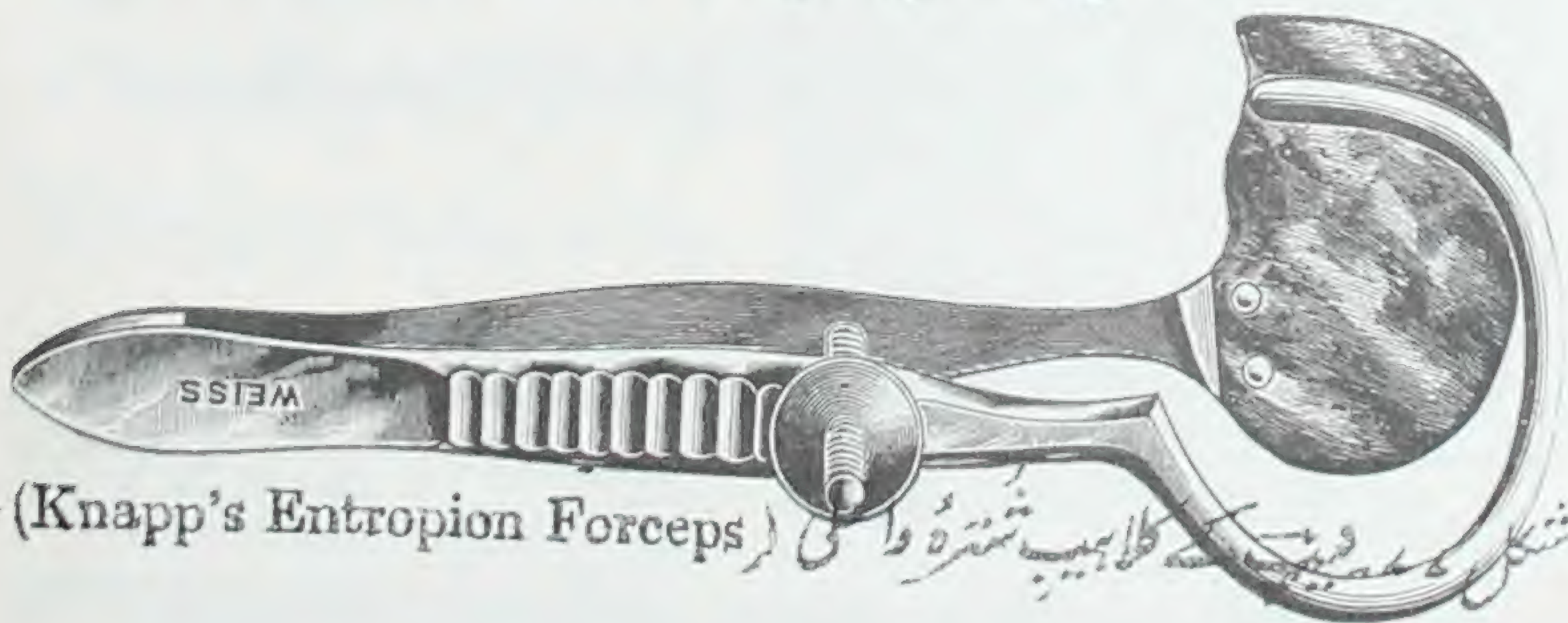
وہ ندبی تغیرات ہیں جو حتر یعنی روہوں (trachoma) کی کھنہ حالتوں میں

پیدا ہو جاتے ہیں، نیز حرقات (burns) اور پیوٹوں کے دیگر تضررات

62



شکل ۷۶ - قرنی تختی (Horn Plate) -



شکل ۷۷ - کلاہیب شترہ داخلی (Knapp's Entropion Forceps) -

(injuries) اور پیوٹوں پر عملیات - تشنجی (spasmodic) قسم: کمرہ چشم

کا ذبول یا عدم موجودگی، شنج الاجفان (blepharospasm) پیوٹوں اور

ملتحمہ کی التبابی حالتیں، اور طویل عرصہ تک بندش یا پٹی لگائے رکھنا۔

علاج - تشنجی قسم میں علاج بلا عملیہ کارآمد ہو سکتا ہے۔ انقاف مقلہ

(enucleation) یعنی آنکھ نکال ڈالنے کے بعد جو ٹنڈ باقی رہا ہو اس پر

یا ذبولی کمرہ چشم پر (اگر برداشت ہو سکے) مصنوعی آنکھ لگائے رکھنے سے

علامات میں اکثر تخفیف ہو جاتی ہے۔ اگر کسی بندش یا پٹی کے سبب سے



شترہ داخلی (entropion) پیدا ہو گیا ہے تو پٹی کا استعمال ترک کر دیں یا مجری حاشیہ پر پٹی کے نیچے نساہ کا ایک چھوٹا سا فتیالہ (roll of lint) اس طرح رکھ دیں کہ وہ ارتکاس کی تبدیلی (ازالہ) کر دے۔ دوسری صورتوں میں ہم سبب مرض کے ازالہ کی کوشش کرتے ہیں۔ پیوٹے کی بیرونی سطح پر کلودیشن (collodion) کا ضا کر کے، یا ایک لاصق پلاسٹر (لصقہ adhesive plaster) پیوٹے کے حاشیہ سے رخسار تک لٹھچا ہوا لگا کر پیوٹے کو چند روز تک بروں گریدہ (everted) رکھا جاسکتا ہے۔ اگر یہ سادہ تدابیر کارگر نہ ہوں تو عملیہ (operation) داعیہ علاج ہے۔ ندبی (cicatricial) قسم میں تو لازمی طور پر ہمیشہ عملیہ ہی ضروری ہوتا ہے۔

ارتکاس الابداب (Trichiasis) (ازدواج الابداب

Distichiasis: اور شترہ داخلی (Entropion) کے لئے عملیات۔

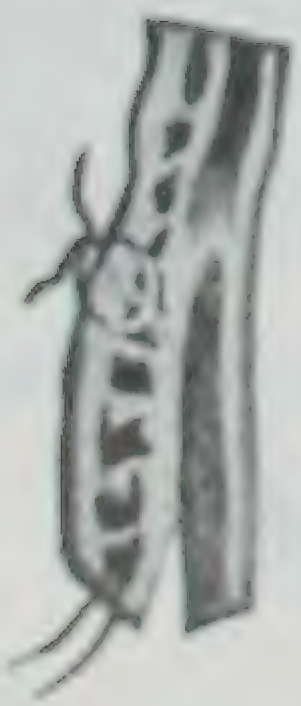
چونکہ یہ عملیات کثیر التعداد ہیں، لہذا ہر انفرادی حالت کی خصوصیات اس کے لئے موزوں عملیہ کے انتخاب میں اثر انداز ہوتی ہیں۔ ان عملیات میں مقصد یہ ہوتا ہے کہ بد وضع پلکوں کو کرہ چشم کے تماس سے علیحدہ کر دیا جائے، جس کے لئے حسب ذیل طریقوں میں سے کوئی طریقہ اختیار کیا جاسکتا ہے :- (۱) ابداب کے غلط رخ کو صحیح رخ پر لایا جائے۔ (۲) یا تکلیف دہ منطقہ جفن کو (بذریعہ استبدال مقام: transplantation) دوسری جگہ پیوستہ کر دیا جائے، یا (۳) خمیدہ غضروف الجفن کو سیدھا کر دیا جائے۔

ان عملیات میں ہم ایک قرنی تختی (horn plate) (شکل ۷۶) یا

نیپ کے کلابیپ شترہ داخلی (Knapp's entropion forceps)



(شکل ۷۷) استعمال کرتے ہیں، جس سے آنکھ کی حفاظت ہوتی ہے، نرف (جریان خون) کا انسداد ہو جاتا ہے، اور پیوٹے کو اچھا سہارا حاصل ہوتا ہے۔ قرنی تختی کو پیوٹے کے نیچے داخل کر کے سامنے کو دبایا جاتا ہے۔ اگر جفنی ماسک (lid-clamp) استعمال کیا جائے تو اس کا ٹھوس پھل پیوٹے کے نیچے گزارا جائے اور اس آلہ کے پیچ کو تنگ کر کے پیوٹے کو گرفت میں لا کر محفوظ کر لیا جائے۔



شکل ۷۹، جفنی آرلٹ کا عملیہ  
تکمیل یافتہ۔

شکل ۸۰، جفنی آرلٹ کا عملیہ اور شترہ داخلی  
کی درستی کے لئے شنگاف۔

جفنی آرلٹ کا عملیہ (Jaesche-Arlyt Operation)۔

اس عملیہ میں پیوٹے کی جلد کو چھوٹا کر کے شعری جرابوں کے منطوقہ کو ایک بلند تر لیول پر پیوستہ کر دیا جاتا ہے۔ پیوٹے کو اس کے سارے طول میں بین حاشیائی فضا (intermarginal space) میں اس طرح چیر دیا جاتا ہے (شکل ۷۸) کہ اس کے اگلے لب میں شعری جرابیں مشمول رہتی ہیں۔ ایک دوسرا شنگاف، پیوٹے کے حاشیہ سے ۴ ملی میٹر فاصلہ پر اور اس کے



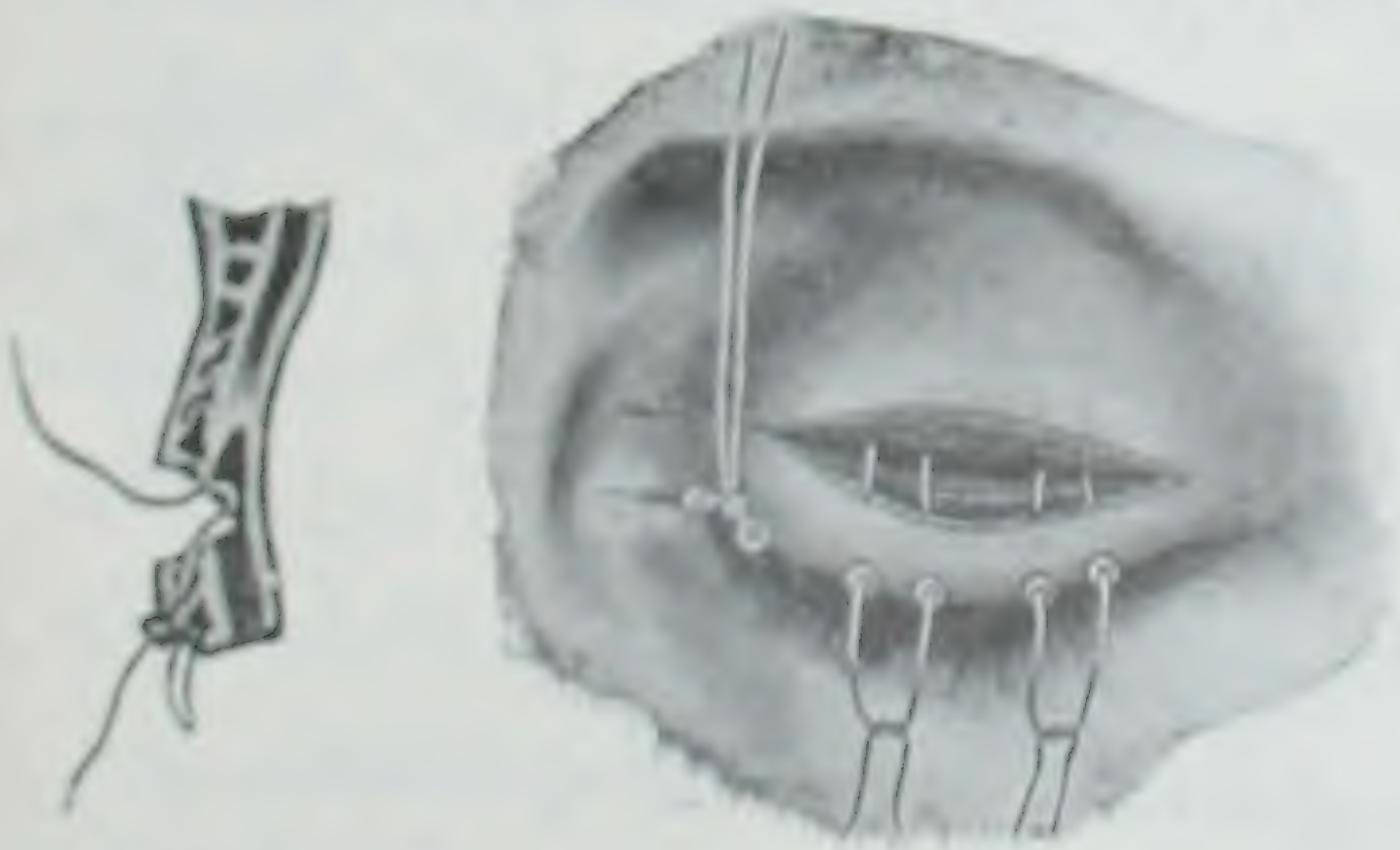
متوازی، جلد کے اندر اتنا گہرا دیا جاتا ہے کہ غضروف الجفن تک پہنچ جائے۔  
 تیسرا شگاف دوسرے شگاف کے سروں کے درمیان اوپر کو خم کھاتا ہوا  
 جاتا ہے۔ اب جلد کا وہ اہلیجی حصہ جو دوسرے اور تیسرے شگاف سے  
 محدود ہے اس طرح سے قطع کر کے نکال دیا جاتا ہے کہ عضلہ محیطیہ  
 (orbicularis) غیر متضرر رہے۔ اس کے بعد کٹی ہوئی جلد کے حاشیوں  
 کو ریشم کے ٹانکوں (silk sutures) سے ملا کر خالی جگہ کو ڈھانک دیا جاتا  
 ہے۔ اس طریقہ سے جلد کا وہ حصہ جس میں پلکیں موجود ہوتی ہیں اوپر کو  
 64 کھینچ جاتا ہے اور پلکیں آگے کی طرف اٹھ آتی اور قرنیہ سے دور ہو جاتی  
 ہیں۔ جس رقبہ سے جلد اور پلکیں ہٹا دی گئی ہیں اُسے انداب  
 (cicatrization) واقع ہونے کے لئے بدستور چھوڑا جاسکتا ہے، یا  
 اوپر سے نکالی ہوئی جلد کی دھجی کو موزوں طریقہ سے کاٹ چھانٹ کر  
 اُس سے، یا دہن کی غشائے مخاطی کی ایک دھجی سے، ڈھانک سکتے  
 ہیں۔ یہ پیوند (inserts) چند ہی روز میں چسپاں ہو جاتے ہیں۔

اسٹریٹ فیلڈ سنیلینی عملیہ (Streatfeild-snellen)

(Operation) کی غایت یہ ہے کہ غضروف الجفن کا ایک فائدہ نما ٹکڑا نکال کر  
 دروں گردیدہ پپوٹے کو سیدھا کر دیا جائے۔ پپوٹے کے حاشیہ سے  
 دو ملی میٹر اوپر، اُس کے سارے طول میں اور متوازیاً، جلد میں ایک  
 عرضی شگاف لگایا جاتا ہے۔ عضلہ محیطیہ (orbicularis) کی ایک دھجی  
 نکال کر غضروف الجفن کو منکشف کر دیا جاتا ہے۔ غضروف الجفن کے سارے  
 طول میں سے اُس کا ایک فائدہ نما ٹکڑا، جس کے راس کا رخ ملتحمہ کی  
 طرف ہو، کاٹ کر نکال دیا جاتا ہے۔ غضروف الجفن کی مقطوع سطحیں



تین ٹانگوں کے ذریعہ سے (جن کے دونوں سروں میں سونیاں پروئی ہوتی ہیں) حسب ذیل طریقہ سے باہم ملا دی جاتی ہیں: ایک سونی کو میز اب سے اوپر غضروف الجفن میں سے ہو کر گزارا جاتا ہے۔ پھر دونوں سونیوں کو غضروف الجفن میں کے زخم کے سامنے سے نیچے کو، اور پھر غضروف اور جلد کے درمیان میں سے ہوتے ہوئے پھوٹے کے آزاد ماحشیہ سے سین اور (شکل ۸۱) تقریباً ۴ ملی میٹر درمیانی فاصلہ رکھ کر، باہر نکال لیا جاتا ہے۔



شکل ۸۰۔ اسٹریٹ فیلڈ سنیلنی علیہ (Snellen Operation) برائے شترہ داخلی۔  
شکل ۸۱۔ اسٹریٹ فیلڈ سنیلنی علیہ برائے شترہ داخلی۔  
ایک ٹانگے میں گرہ لگائی گئی ہے۔  
تراس کا منظر۔

اگر ان تاگوں کو پلکوں کے چھپے جھنی ماحشیہ کے پھیلے لب پر باہر نکالا جائے تو اور زیادہ نمایاں بروں گردیدگی پیدا ہو جاتی ہے (ترمیم جبرٹ ۶۵) (Herbert's modification: دونوں تاگوں کو ایک منکر پر باندھ کر پھر پیشانی پر اٹل کر پلاستر سے جما کر محفوظ کر دیا جاتا ہے۔ جلد کا زخم



خود بخود مسدود ہو جاتا ہے۔

عملیات برائے تشنجی شمیونی شترہ داخلی [Operations

for Spastic (Senile) Entropion]۔ یہ حسب ذیل عملیات پر

مستمل ہیں: (۱) جلد کی ایک عرضی دھجی کا استیصال (کٹا کر

خارج کر دینا) مع اُس کے نیچے کے عضلہ محیطیہ (orbicularis) کے۔

اس دھجی کی چوڑائی کا اندازہ اس طرح کیا جاتا ہے کہ جب اسے چٹکی میں

پکڑ کر اٹھایا جائے تو شترہ خارجی (ectropion) پیدا نہ ہونے پائے اور

شترہ داخلی (entropion) زائل ہو جائے۔ پھر زخم کے حاشیوں کو

ریشم کے ٹانکوں سے جوڑ دیا جاتا ہے۔ (۲) الکحل کا اشراب: نیچے

کے پیوٹے کی بیرونی انتہا پر اُس کے حاشیہ کے قریب کچوکا (puncture)

لگانے کے بعد عضلہ محیطیہ کے بیرونی ریشوں کے اندر ۴ فی صدی

نووکین (4% novocain) کے چند قطروں کا اشراب کیا جاتا ہے۔

پچکاری کی سوئی کو بدستور وہیں چھوڑ کر اُسی مقام پر ۵۵ فی صدی الکحل

(95% alcohol) کی ۲ تا ۳ سم کا اشراب ۵ ملی میٹر

فاصلہ تک کر دیا جائے۔ اس طریقہ عمل سے عموماً کوئی درد نہیں ہوتا، اور

یہ کچھ عرصہ کے لئے (اور بعض اوقات مستقل) کامیاب ثابت ہوتا ہے۔

(۳) ماق پیوندی یا ترقیع الماق (canthoplasty)۔

ترقیع الماق یا ماق پیوندی (Canthoplasty)۔ اس عملیہ

میں بیرونی ماق کو قطع کر کے شق جفنی (palpebral fissure) کو وسیع

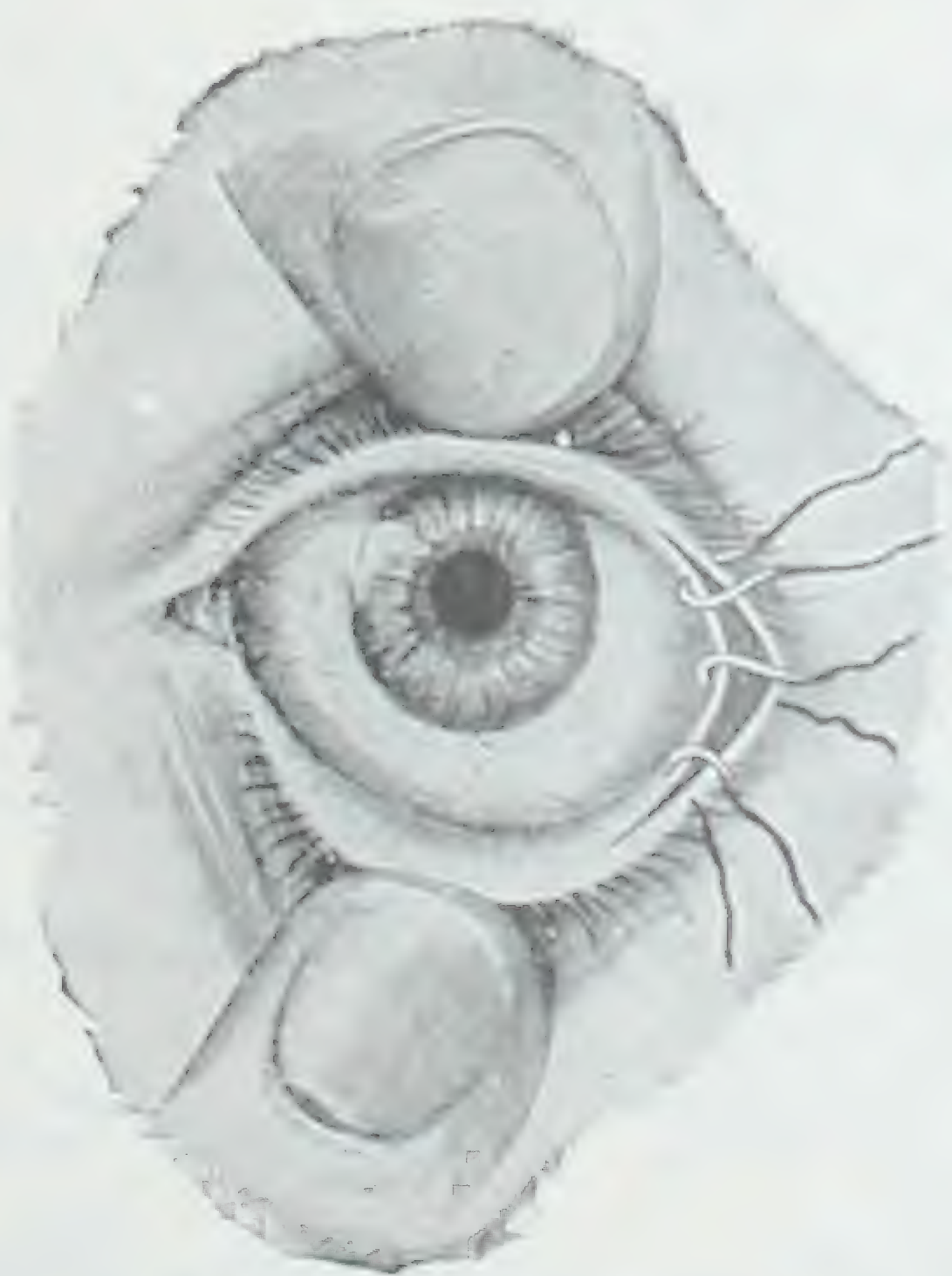
کر دیا جاتا ہے۔ پیوٹوں کو انگلیوں سے تان کر بیرونی ماق (external

canthus) کے پاس سے جُدا کر کے پھیلا دیا جاتا ہے۔ کند نوک والی



سیدھی قلعی کا ایک پھل بیرونی ملتے (external commissure) کے پیچھے اندر کو جتنی دور جا سکے داخل کر کے اس کی پوری دبازت کو کتر دیں مگر جلد کے زخم کو ملتحمہ کے زخم کی نسبت کسی قدر زیادہ لمبا رکھیں۔ اس ترکیب سے ایک معتین نما زخم پیدا ہو جاتا ہے۔ اب زخم کے راس کے پاس کے ملتحمہ کو اس کے نیچے کی بافت کی پیوستگی سے چھڑا کر جلدی شگاف

66



شکل ۸۲ - ترقیع الماق (Canthoplasty)۔

کے مرکزی حصہ کے ساتھ سی دیا جاتا ہے۔ ایک دوسرا ٹانکا زخم کے بالائی حصے میں، اور تیسرا ٹانکا زخم کے نیچے کے حصے میں لگا کر ملتحمہ کو جلد کے ساتھ جوڑ دیا جاتا ہے (شکل ۸۲)۔

۱۔ blunt-pointed straight scissors۔

۲۔ معتین نما: rhomboidal۔



ٹانکے اس طرح داخل کئے جاتے ہیں کہ دوبارہ التیام (reunion) نہ ہونے پائے، اور اس کا اثر مدامی رہے۔ اگر ماق کو عارضی طور پر وسیع کرنا مقصود ہوتا ہے تو ٹانکے حذف کر دئے جاتے ہیں۔ اس صورت میں عملیہ کو ماق شکافی (canthotomy) یا عارضی ترقیع الماق (temporary canthoplasty) کہتے ہیں۔

اس عملیہ کے دوائی استعمال (indications) حسب ذیل ہیں:

شنج الاجفان (blepharospasm) جو تشنجی شترہ داخلی (spastic entropion) کے ساتھ ہو، اور حشری سبل (trachomatous pannus) کی بعض حالتیں۔ عارضی ترقیع الماق (temporary canthoplasty) کے دوائی حسب ذیل ہیں: حاد ریوی التهاب ملتحمہ (acute purulent conjunctivitis) جبکہ پیوٹوں کے ورم سے کُرہ چشم پر مُضر دباؤ پڑتا ہے۔ شنج الاجفان (blepharospasm)۔ کلانی یافتہ کُرہ چشم یا مجری سلعہ (orbital tumour)۔

## شترہ خارجیہ (برول حافہ)

(ECTROPION)

یہ وہ حالت ہے جس میں پیوٹ باہر کی طرف مُڑ کر اُس کی ملتحی سطح کم و بیش منکشف ہو جاتی ہے (شکل ۷۳، اور شکل ۶۲، صفحہ ۷)۔ شترہ خارجی بالائی پیوٹے یا زیرین پیوٹے کو یا دونوں کو ماؤف کر سکتا ہے۔ علامت - دُماع یا ڈھلکا (epiphora) [نقطہ دمعیہ (punctum) کے اُلٹ جانے کی وجہ سے] جس کے باعث نیچے کے



پپوٹے میں انسحاجات (excoriations) اور اکزیما (eczema) پیدا ہو جاتے ہیں، اور پھر اس سے انقباض پیدا ہو کر پپوٹے کا تشوہ (deformity) اور زیادہ ہو جاتا ہے۔ منکشفہ ملتحمہ سرخ اور متضخم (hypertrophied) ہو جاتا ہے۔ نمایاں حالتوں میں پپوٹوں کے مکمل طور پر بند ہونے کی وجہ سے ممکن ہے کہ قرنیہ بھی ماؤف ہو جائے۔

بحث اسباب - (۱) ندبی انقباض (cicatricial

contraction) جو زخموں، جراحی عملیات، حرقات (burns)، قروح (ulcers)، اور منجری حاشیہ یا اس کے گرد و پیش کی سطحیات کی بوسیدگی (caries) کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے (ندبی شترہ خارجیہ)؛ (cicatricial ectropion) - (۲) مزمن التهاب ملتحمہ (chronic conjunctivitis) اور حنفی التهاب (blepharitis) جس کے ساتھ تضخم (hypertrophy) بھی بہت زیادہ ہو۔ (۳) معمر اشخاص میں جلد اور عضلہ محیطیہ (orbicularis) کا ارتخا (relaxation) یعنی ڈھیلا پڑ جانا جس سے صرف نیچے کا پپوٹ ماؤف ہوتا ہے (شیونخی شترہ خارجیہ senile ectropion) - (۴) عصب وجہی (facial nerve) کے عوارض، جو عضلہ محیطیہ (آربی کیولارس) کو مشلول کر دیں (شملی شترہ خارجیہ)؛ (paralytic ectropion) - ان میں بھی صرف نیچے کا پپوٹ ماؤف ہوتا ہے۔ (۵) عضلہ محیطیہ کے حاشیہ حقیقی کا شنجی انقباض (spasmodic contraction) (شنجی شترہ خارجیہ: spasmodic ectropion) - یہ خاص کر ان بچوں میں دیکھا جاتا ہے، جن میں حاد التهاب ملتحمہ (acute conjunctivitis) کیساتھ شدید شنج الاجفان (blepharospasm)



بھی موجود ہو۔

67

علاج - بلا عملیہ: شنجی قسم میں پوٹے کو مناسب طور پر رکھنے کے بعد اسے ٹھیک وضع میں قائم رکھنے کے لئے اگر ایک دوں عصابہ مقیمہ باندھ دیا جائے تو اکثر یہ خرابی رفع ہو جاتی ہے۔ شنجی قسم میں ایک پٹی استعمال کی جاتی ہے، اور ساتھ ہی وہی شکل (القوہ) (facial paralysis) کو درست کرنے کی کوشش بھی کی جاتی ہے۔ شیروخی قسم (senile form) میں



شکل ۸۳ - عملیہ ایڈم براؤن شترہ خارجیہ۔

الف - شگافات - ب - تکمیل یافتہ۔

مریض کو یہ ہدایت کر دی جائے کہ آنسو پوچھتے وقت پوٹے کو اوپر اور اندر کی طرف دبائے، نہ کہ نیچے اور باہر کی طرف۔ شترہ خارجیہ کی خفیف حالتوں میں، جو زیادہ ملتحمی تضخم (conjunctival hypertrophy) کے ساتھ



موتلف ہوں، ملتحمہ کی منکشف سطح پر سلور نائٹریٹ (silver nitrate) کا ۲ فیصدی محلول لگا دینا مفید ہو سکتا ہے۔ ندبہ (cicatrix) کی مالش احتیاط سے کی جائے تو ممکن ہے کہ اس سے بھی کچھ آرام حاصل ہو۔ جب ان سادہ طریقوں سے کام نہ چلے تو اس صورت میں، اور ندبی شترہ خارجی (cicatricial ectropion) کی حالت میں، جراحی مداخلت (یعنی جراحی عملیات سے کام لینا) ضروری ہے۔

شترہ خارجی کے لئے جراحی عملیات۔ بعض حالتوں میں ملتحمہ اور زیر ملتحمی بافت کے ایک مزمن تضخم (chronic hypertrophy) کی وجہ سے نیچے کے پوٹے کا حاشیہ بروں گردیدہ (باہر اٹھا ہوا) معلوم ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں اگر افقی رخ میں دوشگاف لگا کر متضخم حصہ کی پوری چوڑائی کا ایک فائدہ نمائندہ انکال دیا جائے تو اس خرابی کا تدارک ہو جائے گا۔ اس عملیہ میں ٹانگے لگانے کی ضرورت نہیں شیونخی (senile) اور شللی (paralytic) شترہ خارجیہ کی صورتوں میں مندرجہ ذیل طریقوں میں سے کسی ایک کے ذریعہ پوٹے کو اپنی جگہ پر لاسکتے ہیں: (۱) خنزہ گیلوانی (galvano-puncture) - (۲) پوٹے کے کنارے کے طول کی تقصیر (چھوٹا کر دینا) - (۳) جفن دوزی (tarsorrhaphy)۔

خنزہ گیلوانی (Galvano-puncture) سے صرف خفیف حالتوں میں کام لیا جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے اثرات محض عارضی ہوں۔ ایک گند ٹوک والے برقیہ (blunt-pointed electrode) کو مدھم



حرارت تک گرم کر کے اُس سے نیچے کے پپوٹے کے ملتحمہ میں، ایک ایسے خط میں جو جفنی حاشیہ سے ۳ ملی میٹر فاصلہ پر ہو، چار چار ملی میٹر فاصلہ پر کچوکے (punctures: نخرات) لگائے جاتے ہیں، کواؤ (cautery) صرف ملتحمہ اور غضروف جفن (tarsus) کو چھیدا ہے، جلد کو نہیں چھیدا۔ جفنی حاشیہ کی تقصیر (عملیہ آئیڈم Adam's operation:)۔ اس عملیہ کا اطلاق اُس وقت ہوتا ہے جب کہ تطویل (elongation) بہت زیادہ ہو۔ پپوٹے کی پوری دبازت میں سے ایک فائدہ نما ٹکڑا کاٹ کر نکال دیا جاتا ہے، جس کا قاعدہ جفنی حاشیہ کے متناظر ہوتا ہے، اور جس کا عرض مطلوبہ تقصیر (shortening) کی مقدار کے لحاظ سے ۵ تا ۱۰ ملی میٹر ہوتا ہے (شکل ۸۳ الف)۔ کوروں کو ایک خرگوش لپی آلپین (hare-lip pin) کے ذریعہ اور جلدی حاشیوں کو ریشمی ٹانکوں کے ذریعہ باہم ملا دیا جاتا ہے۔ یہ ٹکڑا وسط جفن سے کاٹ کر نکالا جاسکتا ہے، لیکن بیرونی ماق (external canthus) کے مقام پر یہ عملیہ کرنا بہتر ہے تاکہ پپوٹے میں کٹاؤ نہ پڑنے پائے (شکل ۸۳ ب)۔

ندبی شترہ خارجی (cicatricial ectropion) کے لئے کثیر التعداد عملیتی طریقوں کی سفارش کی گئی ہے۔ لیکن کامیابی کے لئے یہ شرط ضروری ہے کہ تمام ندبی انضمامات (cicatricial adhesions) مکمل طور پر قطع کر دیے جائیں، تاکہ پپوٹہ اپنی قدرتی وضع اختیار کر لے۔ عملیہ کوئی بھی ہو، مگر اُس کا مقصد یہ ہونا چاہئے کہ مکرر انداب (recicatrization)



نہ ہونے پائے۔ اگر فشرطہ خارجیہ خفیف رہا ہے اور جلد تھوڑی ہی غائب ہوئی ہے تو محض نندہ بنی بندوں کو تحت الجلد قطع کر دینا یا نندہ کو نکال کر نکال دینا اور پھر زخم کے ماحشیوں کو ٹانگوں کے ذریعہ باہم ڈال دینا ہی کافی ہو سکتا ہے۔ ایک طریقہ عمل جو اکثر استعمال کیا جاتا ہے 'ترقیع ذیلی' ہے۔

Y V عمل (Wharton Jones)۔ اس میں ایک V

کی شکل کا شکاف لگایا جاتا ہے، اس کا راس نندہ کی ماحشیہ سے مخالف سمت میں ہوتا ہے۔ اس شکاف میں نندہ بھی شامل ہوتا ہے۔ بعد ازاں نہ صرف V نما رقبہ کے اندر ہی بلکہ اس کی دونوں جانبوں پر بھی، پلہ کو زیر افتادہ حصوں سے پھڑپھڑایا جاتا ہے۔ اب V نما رقبہ کو اوپر کی جانب کھینچا یا مٹا دیا جاتا ہے کہ اس سے نندہ کی ماحشیہ کی خفیف سی وروں گردیدگی (inversion) پیدا ہو جائے۔ اس بعد شکاف کے ماحشیوں کو ٹانگے لگا کر اس طرح ڈال دیا جائے کہ V کی شکل پیدا ہو جائے (شکل ۸۳)۔

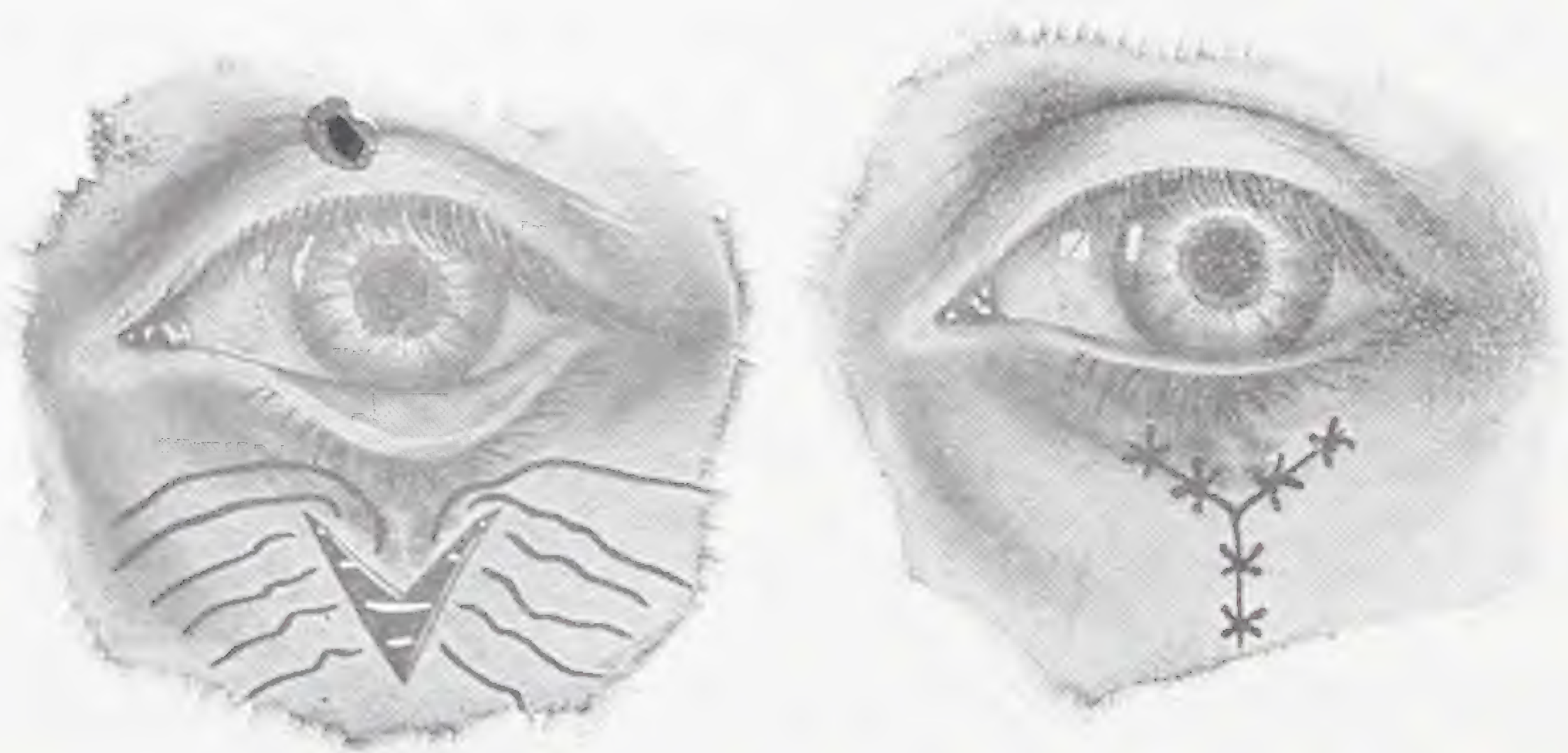
نسبتاً زیادہ وسیع نندہ کی فشرطہ خارجیہ کی حالت میں اکثر ایک قسمی عمل (plastic operation) کی ضرورت ہوتی ہے (جسے ترقیع الجفن blepharoplasty کہتے ہیں)۔

ترقیع الجفن یا جفن پیوندی (blepharoplasty)۔ اس عمل میں اس لقمے کو جو کسی نندہ (electrix) یا نو بالیدہ کی (new growth) یا وسیع تفرج کے خارج کر دینے سے پیدا ہو جائے کسی مستعد حصے سے لئے ہوئے نندہ دار پلہ کی واسنوں (skin-flaps) سے یا پلہ پیوندوں (skin-grafts) کے ذریعہ ڈھانک دیا جاتا ہے۔



69

ایسے عملیات میں پپوٹوں کو کئی ٹانکے لگا کر غرضی طور پر بند کر دینے کا دستور ہے، تاکہ ندبی بافت کے انقباض سے عملیہ سے حاصل کردہ نتائج زائل نہ ہونے پائیں۔ ترقیع الجفن کے اُن لاتعداد عملیات میں سے جنہیں ڈیڈی وار جلدی دامنوں سے کام لیا جاتا ہے، نیپ (Knapp) ڈیفنباخ (Dieffenbach) اور فیک (Fricke) کے طریقے نہایت عام طور پر مستعمل ہیں۔



شکل ۸۴۔ Y V عملیہ برائے شترہ خارجیہ۔

(الف)۔ شگافات: ٹانکے اپنے مقام پر۔ (ب) تکمیل یافتہ۔

طریقہ نیپ (Knapp's Method) (برائے جفن زیریں)

یہ ہے کہ پپوٹے کے نقص کی دونوں جانب ایک ایک جانبی دامن (lateral

flap) جدا کیا جائے اور اُسے متصلہ بافت سے چھڑا کر، دونوں دامنوں

کو نقص کے اوپر کھینچ کر ٹانکوں کی ایک انتصابی قطار سے متحد کر دیا جائے

طریقہ ڈیفنباخ (Dieffenbach's Method) (برائے



جھن زیری (اس میں رخسار سے ایک مستور چوکوش (quadrangular) استعمال میں لایا جاتا ہے اور اسے انہ کی طرف پسٹا کر پچھلے کے نقص کو ڈھانک دیا جاتا ہے۔

طریقہ فیکٹ (Fricke's Method) (بالائی یا زیری دو لہجہ اچھان کے لئے)۔ اس میں ایک ترہان نما دامن، جھن نقص کی شکل کو اور نسبت کسی قدر بڑا، گھسی یا رخسار پر سے لیا جاتا ہے۔ اس دامن کا قاعدہ جھن زخم کے ایک سرے سے متصل اور مستقیم ہوتا ہے، اور جب دامن کو اپنی جگہ سے منتقل کر کے نقص کی پیوندکاری کر دی جاتی ہے تو دامن کا قاعدہ ہی وہ حصہ ہوتا ہے جو مل کھا جاتا ہے۔

جلدی پیوندکاری (Skin-Grafting)۔ دونوں ہونوں قریب لاکر اور ان میں ماریٹی طور سے لٹکے لگا کر ماؤف ہونوں کو لٹکایا وضع میں باندھ دیا جاتا ہے اور اس کے بعد نقص کو جلد کے ایک بڑے ٹکڑے سے یا متعدد چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں سے پر کر دیا جاتا ہے۔ پیوند جسم کے کسی ایسے حصے سے لٹے جاتے ہیں جس میں جلد تھلی اور تھک ہو، مثلاً بازو یا ران کی اندرونی جانب سے)۔ پیوند یا پیوندوں کا رقبہ اس نقص کی نسبت جسے ڈھانکنا منظور ہے، ایک ٹکڑا زائد ہونا چاہئے تاکہ پیوند کے ٹکڑے کے بعد کھلی جگہ باقی نہ رہے۔ پیوند میں جلد کی پوری دبازت مشمول کی جاسکتی ہے (طریقہ ٹولٹے Welle's method) یا اس میں صرف براؤن (epidermis) شامل کیا جاسکتا ہے (طریقہ تھیرش Thiersch's method)۔ جس رقبہ کو ڈھانکنا ہے، وہ صاف ستھرا اور خون سے پاک ہونا چاہئے۔ پیوند کو اپنی جگہ پر



رکھنے کے بعد ربریا حفاظتی ریشم کی ایک تہ سے، اور پھر ایک دفع عفونت کسوتہ (antiseptic dressing) سے، ڈھانک دیا جاتا ہے۔ اس کسوتہ (پٹی) کو تین دن تک نہیں چھیڑا جاتا، اور پیوند پر کی اصلی حفاظتی تہ کو تو اکثر اور زیادہ مدت تک اپنی جگہ پر چھوڑ دیا جاتا ہے۔

جلدی پیوند کاری کا طریقہ اب کثرت سے مستعمل ہے، اور اس سے نہایت اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اگر پیوند کے کسی حصہ میں غشت (sloughing) واقع ہو جائے تو نقص کے اُسی حصے کو تازہ کر کے اُس پر دوسرا پیوند لگا دیا جائے۔ اس طریقہ میں بہ نسبت اُس طریقہ کے جس میں ڈنڈی وار دامن استعمال کئے جاتے ہیں، بدشکلی کم ہوتی ہے۔ چونکہ تھیش کے پیوند و لٹفے کے پیوندوں کی نسبت پتلے اور نرم ہوتے ہیں، لہذا تجملی لحاظ سے (cosmetically) اُن سے زیادہ حسین نتائج حاصل ہوتے ہیں، اور پیوٹہ بھی اتنا بھاری نہیں ہوتا۔

**جفن دوزی (Tarsorrhaphy)۔** اس عملیہ کی غرض یہ ہوتی ہے کہ شقاق جفنی (palpebral fissure) کی چوڑائی کو کم کر دیا جائے اور اس مقصد کو حاصل کرنے کے لئے پلکوں کی کوروں کو بیرونی ملتقے (outer commissure) کے مقام پر جوڑ دیا جاتا ہے۔ پیوٹوں کی کوروں کو بیرونی ماق کے خطے میں مطلوبہ حد تک ایک دوسرے کے قریب لایا جاتا ہے، تاکہ عامل کو اس امر کا صحیح علم ہو جائے کہ اُن کا کس قدر اتحاد مطلوب ہے۔ بیرونی ملتقے کے پیچھے ایک قرنی طوق (horn spatula) ڈال کر ہر ایک پیوٹے کے کنارے کی لمبائی جس قدر مطلوب ہو مع شعری جرابوں (hair follicles) کے کاٹ کر خارج کر دی جاتی ہے۔



دامن کی لمبائی مطلوبہ اثر کے لحاظ سے مختلف ہوا کرتی ہے (تقریباً ۳ تا ۶ ملی میٹر اور اس کی چوڑائی ایک ملی میٹر ہوتی ہے)۔ نسبت زیادہ مستقیم انضمام حاصل کرنے کے لئے اس نقطہ سے جہاں پر پہلا شگاف ختم ہوتا ہے، آگے کو ۲ یا ۳ ملی میٹر فاصلہ تک، پھوٹے کے کنارے کو (بہ استثنائے اہداب) مُعَرَّا (denuded) کر دیا جاتا ہے۔ پھر ریشم کے ٹانکوں سے ان مُعَرَّاکو روں کو باہم جوڑ دیا جاتا ہے (شکل ۷۶)۔ یہ عملیہ خرگوش جس چشمی (lagophthalmos) اور غامک مرض



شکل ۷۵ - جفن دوزی  
(tarsorrhaphy)

بیریدو (Basedow's disease) میں، بعض اوقات شیوخمی اور شملی شترہ خارجیہ (senile and paralytic ectropion) میں، اور قیغ الجفن (blepharoplasty) کے سلسلہ میں کیا جاتا ہے۔ وسطی جفن دوزی (median tarsorrhaphy) نیچے

پھوٹوں کے مرکزی حصوں کو جوڑنے کا عملیہ اس وقت کیا جاتا ہے جب کہ پھوٹوں کو کچھ عرصہ تک بند رکھنا لیکن بالآخر مجدا کر دینا مقصود ہوتا ہے۔ اس عملیہ کی ضرورت ترقیع الجفن (جفن پیوندی) (blepharoplasty) میں پھوٹوں کو دوران اندمال میں اپنی وضع پر قائم رکھنے کے لئے ہوتی ہے اور عصبی شملی التهاب قرنیہ (neuroparalytic keratitis) میں جبکہ آنکھ کو عرصہ دراز تک ڈھکا ہوا رکھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

ملاصقہ اجفان (Ankyloblepharon) دو پھوٹوں کے



حاشیوں کا باہمی انفخام (چپکاؤ) ہے۔ یہ التصاق جزئی یا مکمل، پیدائشی یا اکتسابی ہو سکتا ہے، اور اس کے ساتھ اکثر اوقات پوپٹہ گروہ چشم سے بھی چپکا ہوا ہوتا ہے (مقلی جفنی التصاق : symblepharon)۔

**ضمیق الاجفان (Blepharophimosis)**۔ اس حالت میں بہ ظاہر یہ معلوم ہوتا ہے کہ شقاق جفنی (palpebral fissure) بیرونی باق میں سکڑ گیا ہے، جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ جلد کا ایک انتصابی دہراؤ اس زاویہ (گوشہ) کو ڈھانکتا اور چھپا دیتا ہے۔ یہ صورت مزمن التهاب ملتحمہ کی طویل حالتوں میں نظر آ سکتی ہے، جن میں دُماع (ڈھلکا) (epiphora) کی وجہ سے التهاب جلد پیدا ہو کر متصلہ جلد ماق کے اوپر کھینچ آتی ہے۔

**شنج الاجفان (Blepharospasm)**۔ یہ عضلہ محیطیہ (orbicularis) کا شنج ہے، جس کی وجہ سے پوپٹے بند ہو جاتے ہیں۔ دراصل شنج الاجفان عینی مرض کی یا ایک عصبانیت کی علامت ہے۔ اس کی طنابی قسم (tonic form) (مستمر) اجسام غریبہ، بیرونی ماق کے شقاق، اور قرنیہ اور عنبہ (uvea) کے مرض کے ساتھ موجود ہوتی ہے، اور اس کا سبب ثلاثی تواعی عصب (trigeminus) کے انتہائی تشکوں کی خراش ہے۔ شاذ حالتوں میں یہ حالت ہسٹریائی ہوتی ہے۔ اس کا علاج یہ ہے کہ سبب کو دور کیا جا۔ رجفی قسم (clonic variety) (متوقف)، جو اکثر محض تشکیلی اینڈھن (بالخصوص نیچے کے پوپٹے میں) ہوتی ہے، زیادہ اہمیت نہیں رکھتی گو مریض کے لئے تکلیف دہ ہوتی ہے۔ اس کا انحصار نقائص انعطاف (errors of refraction)، التهاب ملتحمہ



(conjunctivitis) یا حد سے زیادہ محنت و مشقت، وغیرہ اسباب پر ہو سکتا ہے۔ متوقف شنج عادت یا دائر الرقص (habit chorea) کی ایک شکل ہو سکتا ہے۔ ایک اور قسم جو نہایت دشوار علاج ہوتی ہے، بعض اوقات مُعَمَّر اشخاص میں دیکھی جاتی ہے۔ ان میں جفنی شنجات کے ساتھ ساتھ متصل و جہی عضلات میں بھی ایسے ہی حرکات موجود ہوتے ہیں جن سے تقلص (tic) کی ایک شکل پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ عضلہ محیطیہ (orbicularis) کے اندر انجھل کا اثر اب کرنے سے حالت ایک مختلف عرصہ کے لئے بلکہ مستقل طور پر شفا یاب ہو جائے۔

**خرگوش چشمی (Lagophthalmos)** وہ حالت ہے جس میں پوٹوں کو بند کرنے پر جفنی شقاق صرف نامکمل طور پر بند ہوتا ہے، جس کی وجہ سے بصلی ملتئمہ (bulbar conjunctiva) اور قرنیہ کھلا رہ جاتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ دونوں متضرر ہو جاتے ہیں۔ یہ حالت پوٹوں کے پیدائشی یا اکتسابی تقصر (shortening) 'شرخندگی' (ectropion) عضلہ محیطیہ کے شلل اور گردہ چشم کے بروز (protrusion) یا کلائی کی وجہ سے ہو سکتی ہے، نیز یہ ان افراد میں دیکھی جاتی ہے جو میوٹھی یا نزاع کی حالت میں ہوں۔

## استرخاء الحفن

72

(PTOSIS)

یہ عضلہ رافعہ (levator) کے شلل یا اس کے ناقص نمو کی وجہ سے اوپر کے پوٹے کا لٹک پڑنا ہے۔ استرخاء الحفن کے تمام درجات واقع



ہوتے ہیں۔ جب یہ بہت نمایاں ہوتا ہے تو پتلی کو ڈھانک دیتا ہے اور بصارت میں حائل ہوتا ہے۔ مریض عضلہ قذالہ جیبہ (occipito-frontalis) کے بالجبر عمل سے پوچھ کو اوپر اٹھانے کی کوشش کرتے ہیں، جس سے پیشانی کی جلد میں شکنیں پڑ جاتی ہیں (شکل ۸۶) وہ سر کو پیچھے کی طرف گرا کر پتلی کو منکشف کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔ یہ اُن کی ایک ممیز اور مخصوص ہیئت (attitude) ہوتی ہے۔



بحث اسباب۔

استرخاء الجفن پیدا الٹشی یا اکتسابی ہو سکتا ہے۔ جب یہ پیدا الٹشی ہوتا ہے تو عموماً دو جانبی ہوتا ہے، بوجہ عضلہ رافعہ (levator) کے ناقص نموکے،

اور اکثر اس کے ساتھ دوسرے پیدا الٹشی نقائص بھی موجود ہوتے ہیں۔ اکتسابی استرخاء الجفن عموماً

ایک جانبی ہوتا ہے اور یہ تیسرے عصب کی اُس شاخ کے شلل کی وجہ سے ہوتا ہے جو عضلہ رافعہ کو عصبی رسد پہنچاتی ہے۔ عموماً اُس کے ساتھ دوسرے عضلات چشم بھی جنہیں عصب محرک لعین (oculomotorius) سے رسد پہنچتی ہے، مشلول پائے جاتے ہیں۔ جب اس طرح مؤلف نہ ہو تو

شکل ۸۶۔ برماق (Epicanthus) اور دو جانبی استرخاء الجفن (Bilateral Ptosis)۔



یہ اکثر دائمی امراض کا نتیجہ ہوتا ہے۔

میکانیکی استرخاؤ (Mechanical ptosis) یعنی استرخاؤ کی وہ قسم ہے جس کے اسباب حسب ذیل ہیں: (۱) بچپن کے وزن میں ترقی (تھو یا کلسے) (رسولیاں) وغیرہ۔ (۲) سہارے کا ہونا یا کم ہوجانا (ہزال) (کروہ چشم: atrophy of globe) اور انعطاف enucleation: یعنی کروہ چشم کو نکال دینے کے بعد۔ (۳) جلد اور عضلہ رافعہ اور چشم خانہ (مجر) کے بالائی کنارے کے درمیان اتھالی یافت کے ارتھاط کی کمی یا عدم موجودگی، جس کی وجہ سے مستری (ڈیسیلی) جلد چشم خانہ میں ایک دھراؤ (فلکس) کی صورت میں گر کر جنسی حاشیہ پر سے نیچے لٹک پڑتی ہے۔

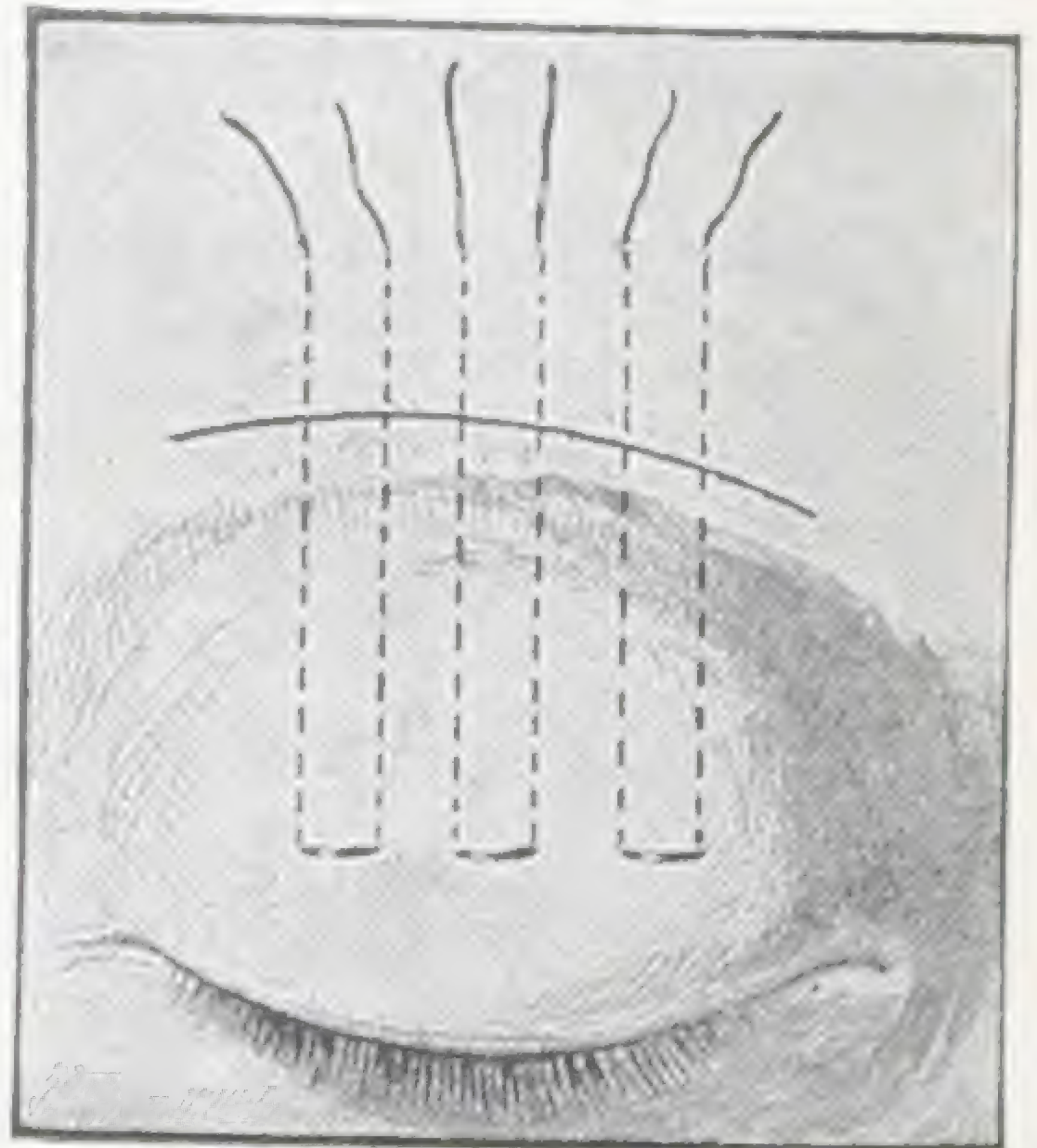
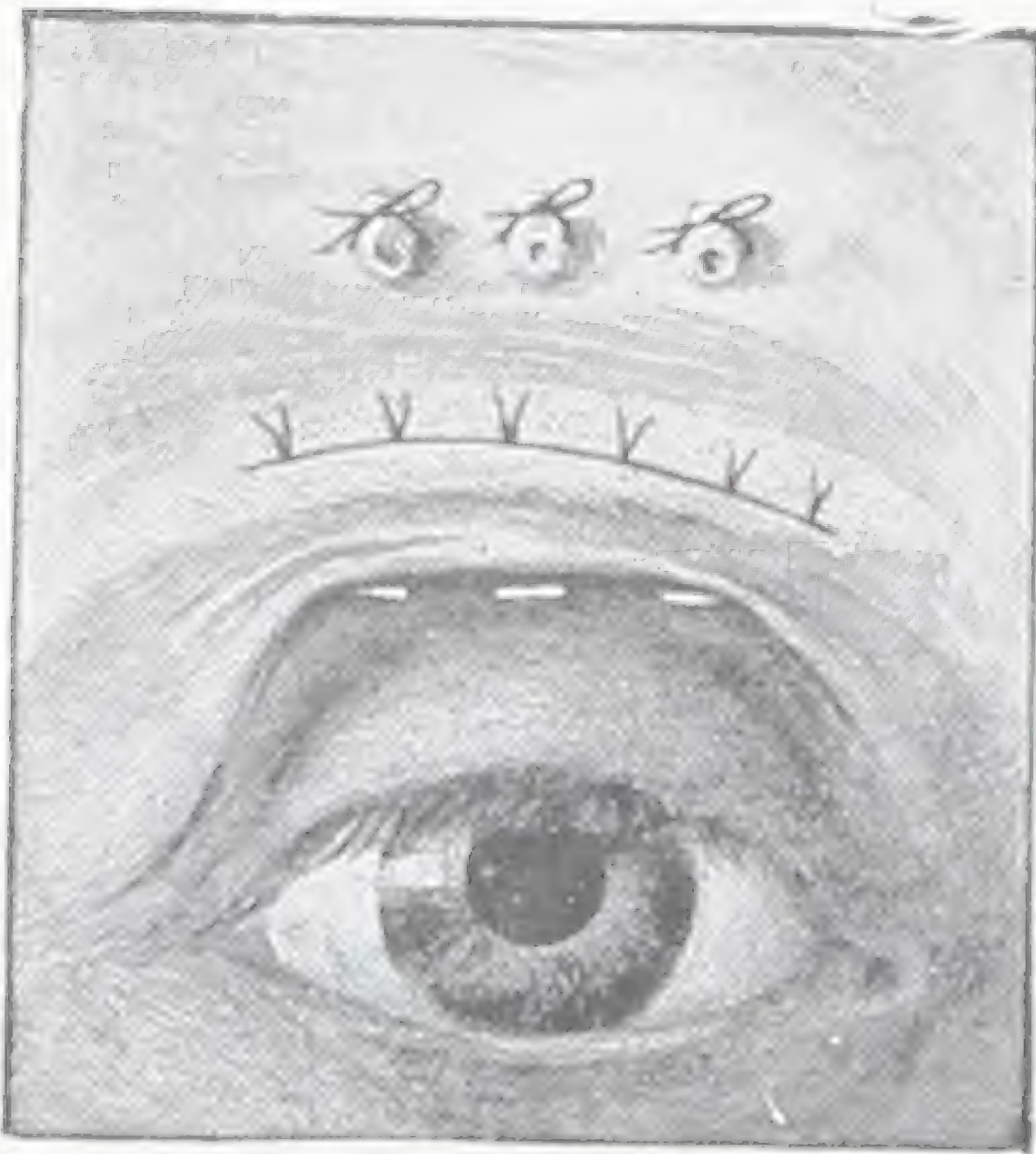
علاج۔ اتھالی قسم کی معمولی شکل میں عصب سویم کے شعل کا سبب لاش کر کے اس کا علاج کرنا چاہئے۔ آتشکی حاشیہ زیادہ مٹتی ہوتی ہیں۔ برقی علاج بھی کیا جاتا ہے۔ اگر یہ علاج فوٹو آرائزیشن کے بعد بھی ناکام ثابت ہو تو یہ اس امر کی دلالت ہے کہ عمل کی ضرورت ہے۔ عملیات برائے استرخاؤ (بطن)۔ استرخاؤ (بطن) کے عملیات سے عموماً کسی قدر اصلاح تو ہوجاتی ہے، لیکن فی الحقیقت قشقی بخش نتیجہ شاذ و نادر ہی حاصل ہوتا ہے۔ یہ احتیاط معمولاً رکھنا چاہئے کہ عملیات سے پہلوؤں کے بند ہونے میں وقت نہ واقع ہوجائے۔

ان عملیات میں سے جبکہ مقصد یہ ہوتا ہے کہ ناقص عضلہ یافت (بطن) کے عمل کی کٹائی (پونے) کو عضلہ (levator palpebrae)



جھنجھ (occipito-frontalis) سے پویستہ کر کے کر دی جائے عموماً ہینس (Hess) کے عملیہ سے یا اس کی ترمیمات میں سے کسی ایک سے کام لیا جاتا ہے۔

عملیہ ہینس (Hess's Operation)۔ ابرو کی جلد میں ۳ سفٹی میٹر کا ایک شگاف لگانے سے جلد کو نیچے ہی نیچے کھوکھلا کر کے پوپٹے کے حاشیہ تک پہنچا سکتا ہو جاتا ہے۔ پھوٹن دوہرے ٹانگے



شکل ۸۷۔ عملیہ ہینس برائے استرخاء الجفن  
(HESS'S OPERATION FOR PTOSIS)

اس طرح داخل کر دئے جاتے ہیں کہ وہ جفنی کنارے سے تقریباً ۷ ملی میٹر فاصلہ پر پھندے (loops) بنائیں، اور ان ٹانگوں کو اوپر کی طرف ابرو کے نیچے سے گزار کر شگاف سے اوپر جا کر باہر نکالا جاتا ہے، جہاں وہ گاز کی چھوٹی بٹیوں (rolls of gauze) پر باندھے دئے جاتے ہیں (شکل ۸۸ اور ۸۹)۔ جلد کے زخم کو ٹانگوں سے سی کر بند کر دیا جاتا ہے۔



ان دو ہرے اوروں کو دو ہفتوں تک رہنے دیا جاتا ہے۔ اس میں سے پہونے کی جلد اپنی جگہ سے اوپر ہٹ کر چپک جاتی ہے اور اس سے عضلہ قذالیہ جبیر (occipito-frontalis) کو بہت زیادہ میل (stretch) حاصل ہو جاتا ہے۔ لہذا اس کے اثرات اس حالت کی بہت بہتر ہوتے ہیں جب کہ ماردو ٹانگے استعمال کئے جاتے ہیں۔

عملیہ موٹائیز (Mott's Operation) میں عضلہ مستقیم

فوقانیہ (superior rectus muscle) کے وسطی ٹکٹ کو سکشف کر

74

آزاد کر کے اسے عضلہ الجفن کے بالائی کنارے اور اگلی سطح سے ٹکلیا

جاتا ہے اور اس طرح عضلہ رافو کے فضل کی تائید باغالی کی جاتی

ہے۔ یہ عملیہ صرف اسی وقت انجام دیا جاسکتا ہے جبکہ گڑبگڑ چشم اور

کی طرف اچھی طرح حرکت کرتا ہو۔ عضلہ مستقیم فوقانیہ کے کمزور

ہو جانے کی وجہ سے عارضی ڈبل نظری (Diplopia) اور لہجہ کی گڑبگڑ

کے وقوع کا کسی قدر خطرہ ہوتا ہے۔

عضلہ رافو کی تقدیر (Advancement of the

Levator) کا عمل اس وقت کیا جاسکتا ہے جبکہ اس عضلہ کو لعل

پوسے طور پر مضبوط ہوا ہو، بالخصوص زیادہ عمر والے اشخاص میں جسکے

پہونے بتدریج ٹکٹے جاتے ہوں۔ جلد یا غرق میں سے شکاف سے کر

اس عضلہ کے وتر کو اس کے پسیناؤں (expansions) کے

غضروف الجفن کو جاتے ہیں، سکشف کر کے اسے یا تو خود اسی جگہ لہجہ

جاتا ہے یا اس کے ایک حصہ کو کاٹ کر نکال دیا جاتا ہے اور اتصال

جُزئی (resection) اور پھر اسے (وتر کو) غضروف الجفن سے



از سر نو پیوستہ کر دیا جاتا ہے۔ موزوں حالتوں میں یہ عملیہ نہایت تشفی بخش ثابت ہو سکتا ہے۔ اس امر کی تعیین کے لئے کہ عضلہ رافعہ کا کوئی فعل باقی ہے یا نہیں، اوپر کے پوٹے کو بند کر کے منجر (چشم خانہ) کے بالائی حاشیہ پر سرجن اپنے انگوٹھے سے محکم دباؤ ڈالتا ہے۔ اس طرح دبانے سے عضلہ جہمیہ (frontalis) کی مدد موقوف ہو جاتی ہے اب اگر مریض پوٹے کو اوپر اٹھا سکے تو اس کے یہ معنی ہیں کہ عضلہ رافعہ میں کچھ طاقت موجود ہے۔

## برماقہ

(EPICANTHUS)

یہ ایک پیدائشی عارضہ ہے، جو بعض اوقات استرخاء الجفن کے ساتھ متولد ہوتا ہے، اور عموماً دو جانبی ہوتا ہے۔ اس میں جلد کا ایک عمودی دوہراؤ ناک کی جڑ سے لیکر ابرو کے اندرونی سرے تک پھیل کر اندرونی ماق (inner canthus) اور لحمیہ (caruncle) کو ڈھانک دیتا ہے۔ مغلتانیوں (منگولوں) میں یہ ایک نسلی خاصہ ہوتا ہے۔ خفیف درجہ میں یہ اکثر اوقات چھوٹے بچوں میں بھی دیکھا جاتا ہے اور اس کے ساتھ ناک کا بانسا (bridge of the nose = عین) بھی چپٹا پایا جاتا ہے۔ چہرہ کے نموکے ساتھ یہ حالت اکثر زائل ہو جاتی ہے۔ اگر یہ استقدر نمایاں ہو کہ بدشکلی پیدا کر دے، تو اس صورت میں اسے اس طرح رفع کیا جاسکتا ہے کہ ناک کی جڑ سے جلد کا ایک پٹی لٹکوا (جس کا لمبا محور

اے بیلی (elliptical)۔



انتصابی ہو) کاٹ کر نکال دیا جائے، اور زخم کے آزاد حاشیوں کو ملا کر  
سی دیا جائے۔

## سلعاتِ اجفان (پپوٹوں کی رسولیاں)

(Tumours of the Eyelids)

سلیم یا غیر خبیث سلعات (Benign Tumours) میں  
حسب ذیل سلعات شامل ہیں: سلعاتِ زرد (xanthelasma)،  
سلعاتِ رخوہ (molluscum)، بروقہ (verruca) (تولول: wart)،  
لیفی سلعہ (fibroma) دُورہ (cyst)، شامہ (naevus) اور  
چاورسہ (miliun)۔

سلعاتِ زرد (Xanthelasma)۔ یہ جلد کے نیچے چھپے یا  
کسی قدر ابھرے ہوئے زردی مائل بد رنگ داغ ہوتے ہیں، جو اکثر اوقات  
بوڑھی عورتوں میں اندرونی ماق (inner canthus) کے قریب پائے  
جاتے ہیں۔ یہ عضلی ریشوں کے انحطاط (degeneration) کی وجہ سے  
پیدا ہو جاتے ہیں۔

سلعہ رخوہ (Molluscum)۔ یہ ایک چھوٹی سفید گول  
رسولی ہے جو ایک چھوٹے مٹر کے دانہ کے برابر ہوتی ہے، اور اس کے  
راس پر ایک گڑھا ہوتا ہے۔ عموماً ایسی کئی رسولیاں بیک وقت ہوتی  
ہیں۔ بعض ماہرین نے ان کو متعدی خیال کیا ہے۔ یہ غدودِ دہنیہ  
(sebaceous glands) کی مرضی حالت ظاہر کرتے ہیں۔

چاورسہ (Miliun)۔ یہ ایک چھوٹا زردی مائل سپید بھار



ہوتا ہے، جس کی جسامت تقریباً ایک الپین کے سر کے برابر ہوتی ہے، اور جو غدہ دہنیہ میں احتباس (retention) واقع ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔

چھوٹے دُورے (cysts) جن کے مافیہ شفاف ہوتے ہیں، اور جو پینہ کے غد کے مخرج میں رکاوٹ ہونے کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، اکثر پوٹے کے کنارے پر دیکھے جاتے ہیں۔ کبھی کبھی ان سے خراش اور بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے، اور انھیں گریفے کے چاقو (Græfe knife) کی نوک سے چمید دینا چاہئے۔

دوسرے سلعات اپنی جماعت کے مماثل سلعات سے مشابہ ہوتے ہیں جو جسم کے دوسرے حصوں میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ پوٹوں کے سلیم سلعات کو نکال دینا چاہئے، بشرطیکہ عملیہ سے جلد کا بہت زیادہ بڑا حصہ نہ ضائع ہوتا ہو۔

**سلعات خبیثہ (Malignant Tumours) - لحمی سلعد**

(Sarcoma) نادر الوقوع ہے۔ سرطانی سلعد (Carcinoma) کا حملہ جب پوٹہ پر ہوتا ہے، تو وہ عموماً سطحی سلعد (epithelioma) کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ جسے 'قرحہ قارضہ' (rodent ulcer) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ یہ بوڑھوں میں ہوتا ہے، بالخصوص نیچے کے پوٹے کے اندرونی سرے پر۔ یہ ایک چھوٹی پھنسی (pimple) یا تولول (wart) کی طرح شروع ہوتا ہے، جس پر ایک پیڑی جمی ہوئی ہوتی ہے۔ پھر یہ جلد ہی ایک قرحہ (ulcer) میں تبدیل ہو جاتا ہے جس کی دیواریں متصلب (indurated) ہوتی ہیں، اور اگر اس کو



پھیلنے سے روکا نہ جائے تو یہ قرعہ متصلہ حصوں میں پھیل جاتا ہے۔ مگر اس کی بالیدگی سست ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کے بڑی جسامت کو پہنچنے میں برسوں گزر جائیں۔

**قرعہ قارضہ (Rodent Ulcer) کا علاج۔** ریڈ ٹیم کے تکشف میں رکھنا ابتدائی درجوں میں کارگر ہوتا ہے، اور یہ ہر حالت میں داعیہ علاج ہے۔ متضخم قسم (hypertrophic type) کے لئے یہ علاج سب سے زیادہ موافق اور امید افزا ہوتا ہے۔ ان حالتوں میں جن میں عمیق تقرح یا ترات موجود ہو یا جن میں پہلے لاشعاعی علاج یا ریڈ ٹیم کا علاج کیا گیا ہو نتائج خراب ہوتے ہیں۔ جب ریڈ ٹیم کے علاج سے کامیابی نہ ہو تو عمل قطع (excision) یعنی کاٹ کر نکال دینا ضروری ہے، اور اس صورت میں پیوٹے کے نقص کو عملیہ ترقیع الجفن (blepharoplasty) کے ذریعہ ڈھانک دیا جاتا ہے۔ جب ریڈ ٹیم کا علاج ابتدائی درجوں میں میسر نہ ہو تو کاربن ڈائی آکسائیڈ سنو (carbon dioxide snow) استعمال کیا جاسکتا ہے۔ اسے ابتداءً ہر دوسرے دن چائیں تاساٹھ سکینڈ (ثانیہ) لگانا چاہئے، اور پھر ہفتہ میں ایک بار۔

## تضررات اجفان (پیوٹوں کی چوٹیں)

یہ بہت عام ہیں، اور ان میں کوشتگی (contusion) زخم حرقا (burns)، اور گزیدگی حشرات (insect bites) شامل ہیں۔ ان میں کدم (ecchymosis) اور تہج (oedema) اکثر نمایاں علامات ہوتے ہیں، کیونکہ یہاں تحت الجلدی اتصالی بافت ڈھیلی ہوتی ہے۔



کدَم (Ecchymosis) ('black eye': آنکھ کانیل) عموماً کوئی اہمیت نہیں رکھتا، اور اس سے محض بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے جو ایک یا دو ہفتے تک رہتی ہے۔ اگر فوراً دیکھنے کا اتفاق ہو تو رفاۃ بار (cold compress) کار آمد ہو سکتا ہے۔ ایک یا دو دن کے بعد رفاۃ حار (hot compress) اور ہلکی مالش راعیہ علاج ہیں، تاکہ خارج الوعائے (عروق سے باہر نکلے ہوئے) خون کے انجذاب میں ترقی ہو۔ گاہے گاہے ناتوان شخصوں میں، خاص کر اُس وقت جبکہ کدَم خراشیدگی (abrasion) کے ساتھ متولف ہو، ممکن ہے پوچٹے میں پھوٹا (abscess) ہو جائے اور اُس کے لئے پوچٹے میں ایک عرضی شکاف دینے کی ضرورت لاحق ہو۔ کھوپری کے قاعدہ کے کسر (fracture) میں ممکن ہے کہ خون چشم خانہ کے فرش پر سے گذرتا ہوا آگے بڑھے، اور ایک یا دو دن کے بعد نیچے کے پوچٹے اور لبصلی ملتحمہ (bulbar conjunctiva) میں ظاہر ہو۔

گزیدگی حشرات (کیڑوں مکوڑوں کا کاٹنا) (Insect Bites) - اس سے بہت ورم پیدا ہو جاتا ہے، جس کی بہترین روک تھام رفاۃ بار (cold compress) کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔

شکافتہ زخم (Incised wounds) اگر انتصابی ہوں تو عضلہ محیطیہ (orbicularis) کے کٹ جانے کی وجہ سے بہت کشادہ ہوتے ہیں (gaping) اور اس صورت میں اس کا بھی امکان ہے کہ ندبہ (scar) یعنی زخم کا داغ زیادہ نمایاں ہو۔ اگر یہ زخم افقی ہوں تو زخم کے لب علحدہ (منفصل) ہونے کا رجحان نہیں رکھتے، اور عموماً بلا کسی لہ۔ خارج الوعائے خون - وعاء بدر خون (extravasated blood)۔



بدشکلی کے مندرجہ ہو جاتے ہیں۔ شگافہ زخموں کو صاف کر کے اُن میں فوراً مہین ریشم اور باریک سوئیوں کے ذریعہ ٹانکے لگا دینا چاہئے۔ پیوٹے کے حاشیہ کے انتصابی زخم کو احتیاط کے ساتھ سینا چاہئے تاکہ کوئی دہانہ باقی نہ رہے۔

دریل اور کوفتہ زخم (Lacerated and contused wounds) اگر وسیع ہوں اور اُن کے ساتھ بہت زیادہ ورم ہو تو انہیں فوراً بند نہیں کرنا چاہئے۔ پہلے زخم کو اچھی طرح صاف کرنا چاہئے اور ورم کو کم کرنے کے لئے رفادہ بارد (cold compress) لگانا چاہئے۔

ازاں بعد زخم کی کوروں کو ملا سکتے ہیں۔ متضرر حصوں کی پیوستگی خواہ کتنی ہی باریک اور خفیف ہو، انہیں (کاٹ کر) خارج نہیں کرنا چاہئے۔ اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ کہیں ٹانکے اتنے زیادہ تنگ نہ ہوں کہ اُن سے بدشکلی یا تقصیر (deformity or shortening) پیدا ہو جائے۔

جلدی پیوند (skin-grafts) اس تہمال کرنا قرین مصلحت ہو سکتا ہے۔ حرقات (Burns) کی آبپاری بوریک ایسڈ کے محلول سے کرنی چاہئے، اور پھر اُنہیں خشک کر کے اُن پر کوئی لطیف ردغن

(bland oil) یا مرہم لگا کر ڈھانک دینا چاہئے اگر نقص زیادہ وسیع ہو تو تارک واقع ہونے پر (یعنی جب زخم میں انگوڑا آجائے) جلدی پیوند لگا دئے جائیں۔

نفاس (Emphysema) جو پیوٹوں کی چوٹ کے ساتھ متعلق ہو



چشم خانہ کی دیواروں کے تفریق اتصال کی دلالت ہے، اور اس  
انقطاع تسلسلہ کی وجہ سے قرب جوار کے ہوائی کھفوں (air cavities)  
کے ساتھ ربط (راستہ) قائم ہو جاتا ہے۔ بیچوٹے نہایت بڑی جسامت کا  
ورم رخوہ (نرم سوجن) ظاہر کرتے ہیں، جس کی وجہ سے اکثر وزن جفنی  
(palpebral aperture) بند ہو جاتا ہے۔ ہوا کے ملبے، جو دوران جس  
(palpation) میں اپنی جگہ سے ہٹ جاتے ہیں، تکتک (erepitation)  
کا احساس پیدا کر دیتے ہیں۔ ایک محکم بندش سے یہ ہوا جلد غائب ہو جائیگی۔  
مریض کو ہدایت کرنی چاہئے کہ ایسی تمام کوششوں سے جن میں زور لگانا پڑتا  
ہو (مثلاً ناک چھینکنے وغیرہ) سے پرہیز کرے، کیونکہ ان سے نفاخ زیادہ  
ہو جائے گا۔

۱۔ تفریق اتصال (solution of contiguity)

۲۔ انقطاع تسلسل (solution of continuity)

۳۔ straining efforts = تڑخری مساعی، مثلاً کونٹھنا، کانکھنا یا کیلنا۔



# باب ہشتم

## آلہ دمعی کے امراض

77

(DISEASES OF THE LACRYMAL APPARATUS)

تشریح و فعلیات - آلہ دمعی دو حصوں پر مشتمل ہے: ایک افرازی حصہ یعنی غددہ دمعیہ (lacrymal gland) اور دوسرا خراجی حصہ، جو آنسوؤں کو جمع کر کے انہیں ناک کے منفذ زیریں میں پہنچاتا ہے۔

غددہ دمعیہ (lacrymal gland) ایک چھوٹا مستطیل جسم ہے جو چشم خانہ کے بالائی اور بیرونی حصہ میں جاگزیں ہے۔ یہ غددہ دو حصوں میں منقسم ہے۔ بالائی حصہ، جو نسبتاً بڑا ہوتا ہے، تقریباً ایک چھوٹے بادام کی جسامت رکھتا ہے، اور عظم الجبہ (frontal bone) کے صفحہ منجری (orbital plate) کے ایک نشیب، حفرہ دمعیہ (lacrymal fossa) میں قیام رکھتا ہے اور اتصالی بافت کے ذریعہ اس کے ساتھ پیوستہ ہوتا ہے۔ زیریں حصہ، جو نسبتاً چھوٹا ہوتا ہے، مستزاد غددہ دمعیہ (accessory lacrymal gland) کے نام سے موسوم ہے اور وہ قبوہ (fornix) کے ملتحمہ کے بیرونی حصے کے عین نیچے واقع ہے۔ غددہ دمعیہ اپنی ساخت میں غدوریقیہ (salivary glands) سے مشابہ ہے، اور ایسے



عنیبات (acini) پر مشتمل ہے جن میں مکعب نما خلیات موجود ہوتے ہیں۔ اس غدہ کے دونوں حصوں کی اخراجی قناتیں، یعنی قنوات دمعیہ (lacrymal ducts) جو تعداد میں چھ سے لیکر بارہ تک ہوتی ہیں، نیچے کے طرف چلی جاتی ہیں اور جدا جدا دہنوں (orifices) کے ذریعہ قافی قبوہ ملتحمہ (superior fornix conjunctivæ) کے بیرونی نصف حصہ میں خالی ہوتی ہیں۔



آلہ دمعی کا اخراجی حصہ (شکل ۸۹)، نقاط دمعیہ

(puncta lacrymalia)، قنا لچوں (canaliculi)

تاجہ دمعی (lacrymal sac) اور قنات دمعیہ

(lacrymal duct) پر مشتمل ہوتا ہے۔ نقاط دمعیہ

دو بار یک فتمات ہیں۔ اندرونی ماق سے تقریباً ۶ ملی میٹر

فاصلہ پر ہر پوٹے پر ایک اُبھار پر ایک فتمہ (opening)

ہوتا ہے۔ یہ دونوں فتمے قنا لچوں (canaliculi) کے

دہنے (orifices) ہیں۔ قنا لچے تھوڑے فاصلہ تک انتصابی

رُخ میں جاتے ہیں، پھر زاویہ قائمہ بناتے ہوئے افقاً اندر

کی طرف جاتے ہوئے ایک خمیدہ فمہ اختیار کرتے ہیں، اور بالآخر علیحدہ علیحدہ یا ملکر

تاجہ دمعی میں خالی ہوتے ہیں۔

تاجہ دمعی (lacrymal sac) اندرونی ماق کے اندر کی جانب واقع

ہے۔ وہ دمعی انفی قنات (lacrymo-nasal duct) کا بالائی پھیلا ہوا حصہ ہے

اور عظم دمعی (lacrymal bone) اور فکِ اعلیٰ کے زائِدہ انفیہ (nasal process)



سے بنے ہوئے ایک نشیب میں جاگزیں ہے۔ اُس کا انتصابی قطرہ اعلیٰ میٹر اور اُفتی اور عرضی قطرہ اعلیٰ میٹر ہوتا ہے۔ اُس کی دیواریں پتلی ہیں اور وہ سامنے کی جانب داخلی غضروف الجھنی رابطات (internal tarsal ligaments) سے اور عضلہ محیطیہ (orbicularis) کے کچھ ریشوں سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔

قنات النفی (nasal duct) قناب اعلیٰ (superior maxilla) عظم معنی (lacrymal bone) اور تحتانی عظم مفتول (inferior turbinated bone) سے بنی ہوئی ایک قنال میں نیچے اور کسی قدر باہر اور پیچھے کو جاتی ہے، اور نیچے ناک کے منفذ زیریں کے اگلے حصے میں ختم ہو جاتی ہے۔ اُس کا طول اٹھارہ سے چوبیس ملی میٹر تک، اور قطر ۶ ملی میٹر ہوتا ہے۔ اُس مقام پر جہاں وہ تاجہ میں شامل ہوتی ہے، اور پھر اُس کی زیریں انتہا پر، وہ کسی قدر تنگ (سکڑی ہوئی) ہوتی ہے۔ تاجہ اور قنات دونوں لینی بافت اور لچکدار بافت سے بنے ہوئے ہوتے ہیں اور غشاء مخاطی کی استرکاری استوانی سرطہ (columnar epithelium) سے ہوتی ہے جو ممکن ہے کہ ہدبی (ciliated) ہو۔ قنات کا زیریں حصہ وریدوں کے گھنے ضغیرہ (plexus) سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔

دمعی افراز (lacrymal secretion) ایک ہلکا قلوبی سیال ہے جس میں سوڈیم کلورائیڈ (sodium chloride) کی مقدار مقابلہ زیادہ ہوتی ہے۔ معمولی طور پر غدہ دمیہ صرف اُسی قدر افراز کرتے ہیں جس قدر کہ گڑہ چشم کو تر رکھنے کے لئے کافی ہو، اور یہ افراز بذریعہ تبخیر (evaporation) غائب ہو جاتا ہے۔ نفسی ہیجان (psychical stimulation) یا آنکھ یا ناک کی خراش کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ افراز میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ طعمہ سے تاجہ دمیہ تک آنسوؤں کو لیجانے کا کام آنکھ جھپکانے کے فعل سے سرانجام پاتا ہے، اور شحمی مادے سے پوٹوں کے



حاشیوں کی تدرین معمولی حالات میں آنسوؤں کے ڈھلکنے کو روکتی ہے۔

## دُمَاع (ڈھلکا)

(EPIPHORA)

دُمَاع (ڈھلکا) (Epiphora) ('watery eye' چشم پر آب) یعنی آنسوؤں کا رخساروں پر چھلک آنا، آنسوؤں کو منتقل کرنے والے آلہ کے تمام عوارض میں ایک نہایت نمایاں علامت ہے۔ نیز اس کا انحصار افراز کی زیادتی پر اجسام غریب، التهابات، تیز روشنی اور دھوئیں میں آنکھ کے تکشف، ناک کے امراض، اور ایسی خراشیں پر جو رٹائی جے مینس یعنی ثلاثی توأمی عصب کی اختتامی شاخوں پر اثر انداز ہو، ہو سکتا ہے۔ کبھی یہ دونوں شکلیں مشترک ہو سکتی ہیں یعنی ایک ساتھ موجود ہو سکتی ہیں۔ دُمَاع (ڈھلکا) سن رسیدہ اشخاص میں نہایت عام ہوتا ہے، بالخصوص کھلی ہوا میں یا سرد موسم میں اور اکثر ملتحمہ (conjunctiva) یا آنسوؤں کے راستوں میں کوئی ظاہر ضرر کے بغیر۔

## نقاط دمعیہ اور قنابچوں کی خلاف قاعدگیاں

(ANOMALIES OF PUNCTA AND CANALICULI)

طبعی طور پر زیریں نقطہ دمعہ پیچھے اور اوپر کو کرہ چشم کی جانب رخ رکھتا ہے۔ زیریں نقطہ دمعہ کی بروں گردیدگی (eversion of the punctum) کی حالت میں وہ سامنے کی طرف پھر کر اُس نشیب سے، جس میں آنسو جمع ہوتے ہیں، ہٹے ہوئے رخ میں



ہو جاتا ہے، اور اس انحراف رخ کا نتیجہ دُماع یعنی ڈھلکا (epiphora) ہوتا ہے۔ یہ عارضہ بڑھاپے میں پوٹوں کی مرتخی حالت (ڈھیلے پن) کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ التهاب ملتحمہ (conjunctivitis)، جفنی التهاب (blepharitis)، اور شترہ خارجی (ectropion) بھی اس کا سبب ہو سکتے ہیں۔

نقاط دمعیہ اور قنالیچوں کا انقباض اور تسدد (obliteration) - یہ خلیقی ہو سکتا ہے، یا اس خطے کے زخموں اور مزمن التهابات کے نتیجے کے طور پر اکتسابی۔ اجسام غریبہ (پلکیں یا انجمادات) قنالیچوں (canaliculi) کو مسدود کر سکتے ہیں۔

قنالیچوں کی ہر ایت نحیف شعریہ (leptothrix) یا سبھی شعریہ (streptothrix) کی وجہ سے ہو سکتی ہے، جس کی ممتاز خصوصیات یہ ہیں کہ قنالیچہ تسع (پھیلا ہوا) ہو جاتا ہے، ساتھ ہی نقطہ دمعیہ سے مواد رستارہتا ہے، اور عموماً آنسوؤں کے گزرنے میں کوئی رکاوٹ نہیں ہوتی۔ قنالیچہ کو (شکاف دیکر) کھول دیا جائے تو ایک بڑا کہفہ پایا جاتا ہے جس میں جیبیں (pockets) ہوتی ہیں اور مخاط نما افراز میں نحیف شعریہ (لیپٹو تھریکس) یا سبھی شعریہ (اسٹریپٹو تھریکس) کے چھوٹے چھوٹے کسی قدر گول تو دے موجود ہوتے ہیں۔

آلہ دمی (lacrymal apparatus) کے امراض - یہ غدہ دمی

۱۔ اجسام غریبہ (foreign bodies)۔

۲۔ انجمادات (concretions)۔



کے امراض اور حصہ ناقل کے امراض میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں۔ اول الذکر (حاد اور مزمن التهاب غدد معیبہ acute and chronic dacryoadenitis: نہایت شاذ ہیں۔ آخر الذکر (حاد اور مزمن التهاب تاچہ دمعی: acute and chronic dacryocystitis) نہایت عام ہیں۔

## تاچہ دمعی کا مزمن التهاب

(CHRONIC DACRYOCYSTITIS)

یہ تاچہ دمعی کا مزمن التهاب ہے جو اکثر قناتِ انفی میں کوئی تہہ (obstruction) ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کو جریان منقطع (blennorrhoea) یعنی نازلتِ تاچہ دمعی اور قیلہ مخاطیہ (mucocele) کے ناموں سے بھی موسوم کرتے ہیں۔

علامات۔ اس کی مسلسل علامت ڈھلکا (epiphora) یعنی آنسوؤں کا بہنا ہے، جو سردی، ہوا، گرد و غبار، دھوئیں وغیرہ میں تکشف ہونے سے اور زیادہ ہو جاتا ہے۔ تاچہ دمعی کے خطہ میں پُری (fulness) پائی جاتی ہے۔ اس پھولے ہوئے تاچہ پر دبایا جائے تو سپیدی مائل، زردی مائل، یا سبزی مائل رنگ کا (اس رنگ کا انحصار پپ کی اس مقدار پر ہوتا ہے جو موجود ہو) ایک لزج سیال نقطہ دمعیہ (punctum) سے خارج ہوتا ہے لیکن بعض اوقات تاچہ اُلٹے رخ میں خالی ہوتا ہے اس کے اندر کا جمع شدہ مواد دب کر ناک کے اندر خارج ہو جاتا ہے۔

اس عارضہ کا مزمن ہوتا ہے اور اس کا سلسلہ سالہا سال تک



جاری رہتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض کے طالب علاج ہونے سے پہلے ایک طویل زمانہ گزر چکا ہو۔ جب تاجہ طویل مدت تک مخاطی ریمی مواد سے بھرا ہوا رہتا ہے تو ازاں بعد اُس کی غشائے مخاطی مذبول ہو جاتی ہے اور اُس کی دیواریں پھیل جاتی ہیں (شکل ۶۳، صفحہ ۷)۔ اکثر اوقات ایک مزمن قسم کا التهاب ملتحمہ، جو بالخصوص اندرونی ماق (inner canthus) کو ماؤن کرتا ہے (دمعی التهاب ملتحمہ: lacrymal conjunctivitis) اور جفنی التهاب (blepharitis) موجود رہتے ہیں۔ اور بعض اوقات ایکزیمیا بھی واقع ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ شترہ خارجی (ectropion) بھی کم و بیش پایا جائے۔ ملتحمہ سے دقیق عضویوں (خاص کر اسٹریٹوٹاکائیٹینے نبتات سجیہ، اور نیوموٹاکائیٹینے ریوی نبتات، اشکال ۱۱۳ اور ۱۱۰، صفحہ ۹) کے تلوث (contamination) کی وجہ سے ممکن ہے کہ تاجہ کے اسٹر (بطانہ) کا ریمی التهاب پیدا ہو جائے۔

جب قرنہ میں کوئی خراشیدگی (abrasion) یا قرعہ (ulcer) موجود ہو تو اس زخم یا قرعہ کے بہ سرعت سرایت زدہ ہو جانے سے تاجہ دمعی کے اندر کے اجتماع کی ساری (infectious) نوعیت ظاہر ہو جاتی ہے۔ آنکھ کے جراحی عملیات میں ایسی حالت سرایت کا نہایت کثیر الوقوع سبب ہوتی ہے، اور ان عملیات کو انجام دینے سے پہلے لازم ہے کہ اس کا استیصالی (radical) علاج کر دیا جائے۔



بحث اسباب۔ قناتِ انفی (nasal duct) کا تضیق (stricture) بہت سے مریضوں میں ہوتا ہے۔ یہ اکثر ابتداً انفی غشا مخاطی کے کسی عارضہ کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ چونکہ قناتِ انفی کے نیچے کے سرے پر اوردہ کا ایک ضفیہ (plexus of veins) موجود ہوتا ہے جو اسے گھیرے ہوئے ہوتا ہے، لہذا اس قنات میں تدریجاً (obstruction) واقع ہونے کی مابقی استعداد (predisposition)



شکل ۹۰۔ ویبر کا سباری نیشک

(Weber's probe-pointed canaliculus knife)



شکل ۹۰ الف نیٹل شپ کا توسع (Netleship's Dilator)

موجود ہوتی ہے۔ التهابِ انف (rhinitis) کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قنات کی غشائے مخاطی میں ورم یا ندبہ انقباض (cicatrical contraction) پیدا ہو جاتا ہے۔ زیادہ شاذ صورتوں میں سلعات (سعدانوں: polyps) اور قسطنجات (hypertrophies) کا دباؤ، تقرحات (ulcerations) بوسیدگی (caries)، اور التهابِ گردِ عظمہ (periostitis) اس کا سبب ہوتے ہیں۔

نوزائیدہ اور شیرخوار بچوں میں یہ عارضہ چنداں شاذ نہیں، اور اس وجہ سے ہوتا ہے کہ ان میں قناتِ انفی کی قنالیست (canalization)



نامکمل رہ جاتی ہے۔ عموماً یہ سادہ ترین تدابیر سے شفا یاب ہو جاتا ہے لیکن ممکن ہے دو تین ماہ بعد بے حس کر کے پچکاری سے دھونے (syringing) کی ضرورت پیش آئے یا نہایت شاذ صورتوں میں کبھی سلائی (probe = مبار) (محتاج) گزارنا پڑے۔

علاج۔ تازہ اور خفیف حالتوں میں اگر ہم تسدید پیدا کرنے والے انفی مرض کا تدارک کر دیں تو ممکن ہے کہ دُماع (ڈھلکا) میں بھی تخفیف ہو جائے۔ مقامی طور پر کرکٹ چشم کے اندرونی حصہ پر ٹینج اور حابس ادویہ (stimulating and astringent remedies) لگانی جائیں [مثلاً زنک سلفیٹ (zinc sulphate) اور یو آکسائیڈ آف مرکوری (yellow oxide of mercury) کا مرہم] اور اس کے بعد تاچہ پر ہلکی مالش کی جائے تاکہ سیقدر دوا کے داخل ہونے میں مدد پہنچے۔ مریض کو ہدایت کی جائے کہ تاچہ کو دن میں کئی بار دبا کر خالی کرتا رہے۔ ایک نازک ٹوٹی والی چھوٹی پچکاری (شکل ۹۱) کے ذریعہ تاچہ کو نمک (salt) یا بُورک ایسڈ (boric acid) یا زنک سلفیٹ (zinc sulphate) کے گرم اور ہلکے محلول سے دھو ڈالنا چاہئے۔ اس سے پہلے کہ پچکاری کی ٹوٹی داخل ہو سکے، اکثر اوقات ایک باریک مخروطی مجستہ (sound) (شکل ۹۰ الف) کے ذریعہ زیریں نقطہ و دمیہ کا اتساع (dilatation) کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر قنات انفی قابل گذر (pervious) ہے تو محلولات ناک میں داخل ہو جائیں گے اور جب مریض اپنا سر سامنے کو جھکائیگا نھنوں



باہر نکل آئیں گے۔ ایسی حالت میں اگر پچکاری سے دھونا جاری رکھا جائے تو یہ شکایت رفع ہو جائے گی۔ اور اگر محلول ابتدائے قناتِ انفی میں سے ہو کر نہ بہایا جاسکے تو بھی اس علاج کو کافی طویل مدت تک جاری رکھنے سے عموماً کامیابی ہو جاتی ہے۔ تاچہ کو روزانہ دھوتے رہنے سے بتدریج اس کی حالت زیادہ تندرست ہوتی جاتی ہے، اور قناتِ انفی کی غشاء، مخاطی کے امتلاء (congestion) میں تخفیف ہو جانے کی وجہ سے وہ قنات پھر قابل گزر ہو جاتی ہے۔ اگر ۱:۱۰۰۰۰ ایڈرینالین والے



شکل ۹۱۔ دمی پچکاری (Lacrymal Syringe)۔

۲ فیصد طاقت کے نوکین (2 per cent. novocain in 1: 10,000 adrenalin) کے ایک دو قطرے پچکاری سے تاچہ کے اندر داخل کر دیے جائیں تو اس سے پچکاری سے دھونے سے پہلے امتلاء کو کم کرنے میں بڑی مدد ملتی ہے۔

جب حفاظتی علاج (conservative treatment) سے کامیابی حاصل نہ ہو تو استنبار (probing) یعنی سلائی ڈالنے کی کوشش کی جاسکتی ہے، لیکن اس پر عمل پہلے کے مقابلہ میں کم کیا جاتا ہے۔ یہ دردناک ہوتا ہے، اس میں طوالت طلب تکرار کی ضرورت ہوتی ہے، اور عموماً محض عارضی



فائدہ ہوتا ہے۔ انتہائی احتیاط کے باوجود نازک مخاطی استر متضرر ہو جاتا ہے اور ازاں بعد ندبی تضیق (cicatricial stricture) پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ لیکن جب کسی مریض میں پہلے سلائی ڈالی جا چکی ہے تو اغلب ہے کہ اُس میں استبار کو جاری رکھنے کی ضرورت ہوگی۔ اگرچہ قتال کا اتساع (dilatation) کرنے کے بعد سب سے چھوٹے مسباروں



شکل ۹۲۔ کاؤپر کے مسبار (سلائیاں) (Cowper's Probes)۔

شکل ۹۳۔ ٹیل کا ایک مسبار (One of Teale's Probes)۔

(سلائیوں) کا گزانا ممکن ہے، تاہم زیادہ بڑی جسامتوں کے لئے ممکن ہے کہ قنالچہ کے بیرونی سرے پر شگاف دیکر کھولنا پڑے (۱ : ۱۰۰۰۰ ایڈرینالین ۲ فیصد نووکین کے چند قطرے پچکاری کے ذریعہ قنات میں داخل کر کے بے حس کرنے کے بعد)۔

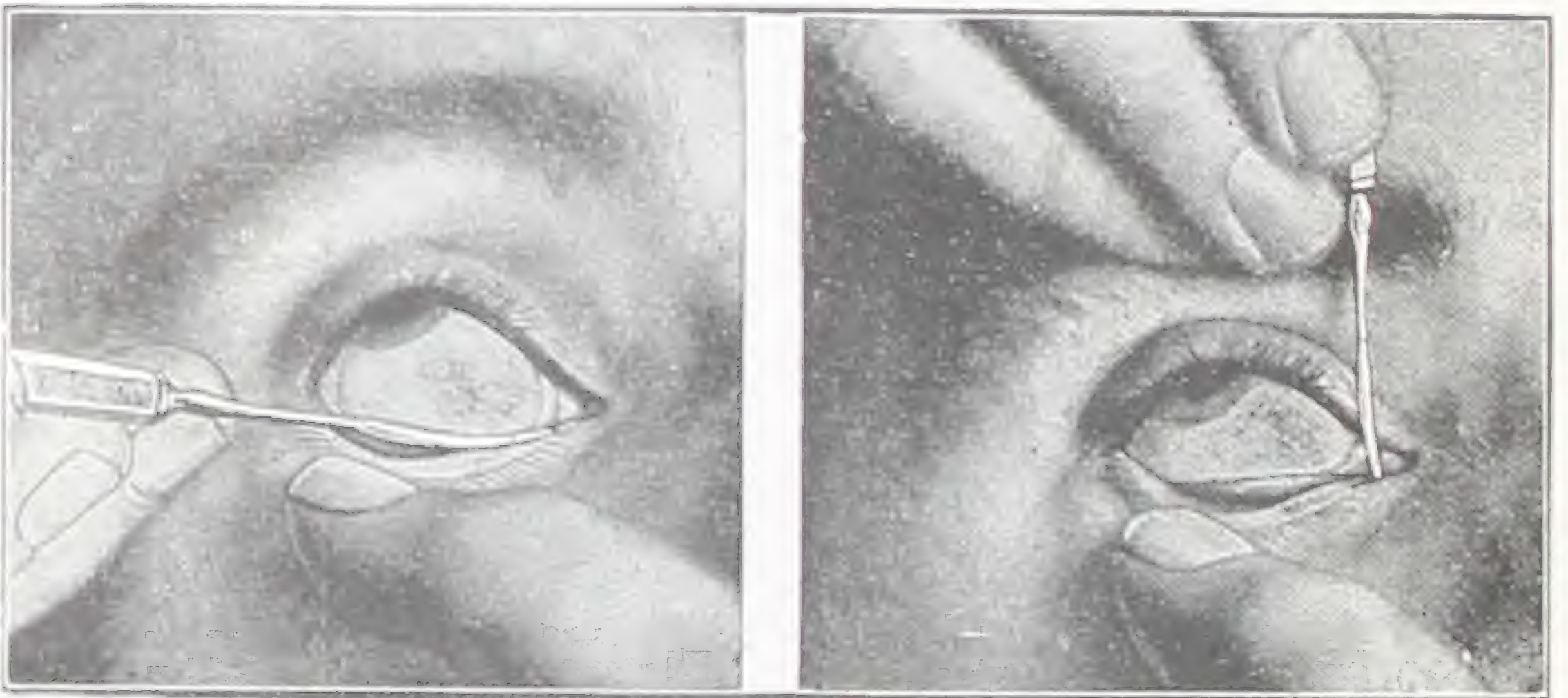
82

قنالچہ کو شگاف دیکر کھولنا (قنالچہ شگافی) - جراح (سرجن) پیچھے کھڑا رہ کر مریض کے سر کو اپنے بدن کے سہارے سے رکھتا ہے۔ ویبر کا مسباری نیشک (Weber's probe-pointed canaliculus knife) (شکل ۹۰) بیشتر اوقات استعمال کیا جاتا ہے۔ ایک ہاتھ کے انگوٹھے سے نیچے کا پوٹہ باہر کی طرف کھینچ کر دوسرے



ہاتھ سے نیشک انتصابی رُخ میں داخل کیا جاتا ہے یہاں تک کہ وہ نقطہ دمی سے آگے گزر جائے، اور پھر نیشک کو افقی رُخ میں کر لیا جاتا ہے۔ نیشک کی دھار اوپر کی طرف ہوتی ہے، اور اُس کا رُخ گرہ چشم کی طرف ہوتا ہے تاکہ شگاف ملتحمہ میں لگے نہ کہ جلد کے اندر (شکل ۹۲)۔ نیشک افقاً اندر کی طرف بھونکا جاتا ہے یہاں تک کہ اُس کے سرے (نوک) پر تامپ کی اندرونی عظمی دیوار کی مستحکم (سخت) مدافعت محسوس ہونے لگے۔

88



شکل ۹۲۔ قنالچہ زیریں کو شگاف دیکر کھولنے کا طریقہ۔

اب چاقو کو انتصابی وضع میں کھڑا کرتے ہوئے قنالچہ کی اندرونی دیوار کے بیرونی ثلث کو کاٹ کر کھول دیا جاتا ہے۔

قنات انفی (Nasal Duct) میں مسبارا (Probes) یعنی سلاٹیوں کا گزارنا۔ جراح (سرجن) مریض کے پیچھے کھڑا رہے اور چھوٹی جسامت مثلاً ۱/۱۶ کی سلاٹی سے شروع کرے اور اُسے افقاً اندر کی طرف گزارے، بالکل اُسی طرح جس طرح کہ چاقو (نیشک) داخل کیا جاتا ہے۔ جب سلاٹی تاجہ کی اندرونی دیوار تک پہنچ جائے (جسکی



تصدیق اس طرح کی جاسکتی ہے کہ جب سلائی کو اوپر اٹھایا جاتا ہے تو نیچے کے پوٹے کی جلد میں شکنیں نہیں پڑتیں (تو اس کو اس طرح اٹھایا جاتا ہے کہ اس کی نیچے کی نوک ناک اور رخسارہ کے درمیان کے فجوہ (furrow) کی طرف رخ کرے۔ پھر اسے آہستگی کے ساتھ نیچے کی جانب دھکیل دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ وہ انفی حفرہ (nasal fossa) کے



شکل ۹۵۔ قنات انفی میں سبار کا گزارنا۔

فرش تک جا پہنچے (شکل ۹۵)۔ اگر سلائی آسانی سے نہ جائے تو زور نہیں لگانا چاہئے بلکہ اسے کسی قدر واپس کھینچ کر پھر گزارنے کی مکرر کوشش کرنی چاہئے، یا نسبتہ چھوٹی یا نسبتہ بڑی جسامت کی سلائی کو آزمانا چاہئے۔ سلائی کو پندرہ سے لیکر تیس منٹ تک اندر رہنے دیا جاتا ہے اور ہر دوسرے دن یہ کارروائی دہرائی جاتی ہے اور بتدریج زیادہ بڑی سلائیاں استعمال



کی جاتی ہیں۔ پھر استبار (probing) کے درمیانی وقفے بڑھا دے جاتے ہیں۔

بعض اوقات ایک مضبوط سکرٹے چاقو کو اسی طریقہ سے جس طرح سے کہ سلائی گزاری جاتی ہے گزار کر تضیق (stricture) کو کاٹ دیا جاتا ہے اور تند (obstruction) کو دو یا تین سمتوں میں قطع کر دیا جاتا ہے اور اس کے بعد فوراً سلائی داخل کی جاتی ہے۔ یہ علاج دردناک ہوتا ہے اور اس کا فائدہ اگر کچھ ہے تو محض عارضی ہے۔ اگلے زمانہ میں تضیق کا تدارک کرنے کے بعد فتح (opening) کو مستقل اور قائم رکھنے کی کوشش



شکل ۹۶۔ دمی سبار (Lacrymal Style)

میں ناک کے اندر سیسہ یا چاندی کے سبار (lead or silver styles) (شکل ۹۶) گزارے جاتے تھے اور انھیں کئی دنوں یا ہفتوں کے لئے بجنہ رہنے دیا جاتا تھا۔ آجکل ان سے نہایت شاذ ہی کام لیا جاتا ہے۔

دشوار علاج اور دیر پا حالتوں میں، اُس وقت جبکہ اخراج (مواد) بہت زیادہ ہو، یا جب ایک دمی ناسور (lacrymal fistula) موجود ہو، یا جب گڑبڑ چشم پر عنقریب کوئی عمل کیا جانے والا ہو، یا جب مریض کے لئے اُس کے پیشہ کی وجہ سے تضرعاتِ قرنیہ (corneal injuries) کے خطرہ کا احتمال ہو، تاچہ کا استئصال (extirpation of the sac)



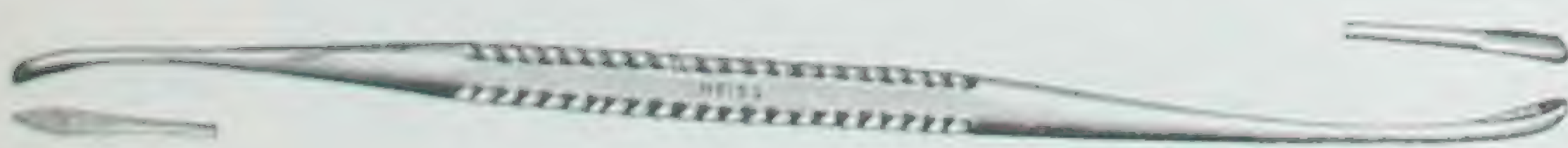
یعنی عمل قطع ہی داعیہ علاج ہے۔

تاجہ دمعی کا استیصال (عمل قطع) (Excision of the Lacrymal Sac) - اس کے لئے حسب ذیل آلات کی ضرورت ہے: مضبوط فیکشن فارسیس (fixation forceps: تثبتی کلابیب) ، ڈسکشن فارسیس (dissection forceps: تقطیعی کلابیب) ، چوٹا اسکالپل (scalpel: نشتر) ، ریٹراکٹر (retractor: مسحب بازکش) (شکل ۹۷)

84



شکل ۹۷ - بازکش (Retractor)



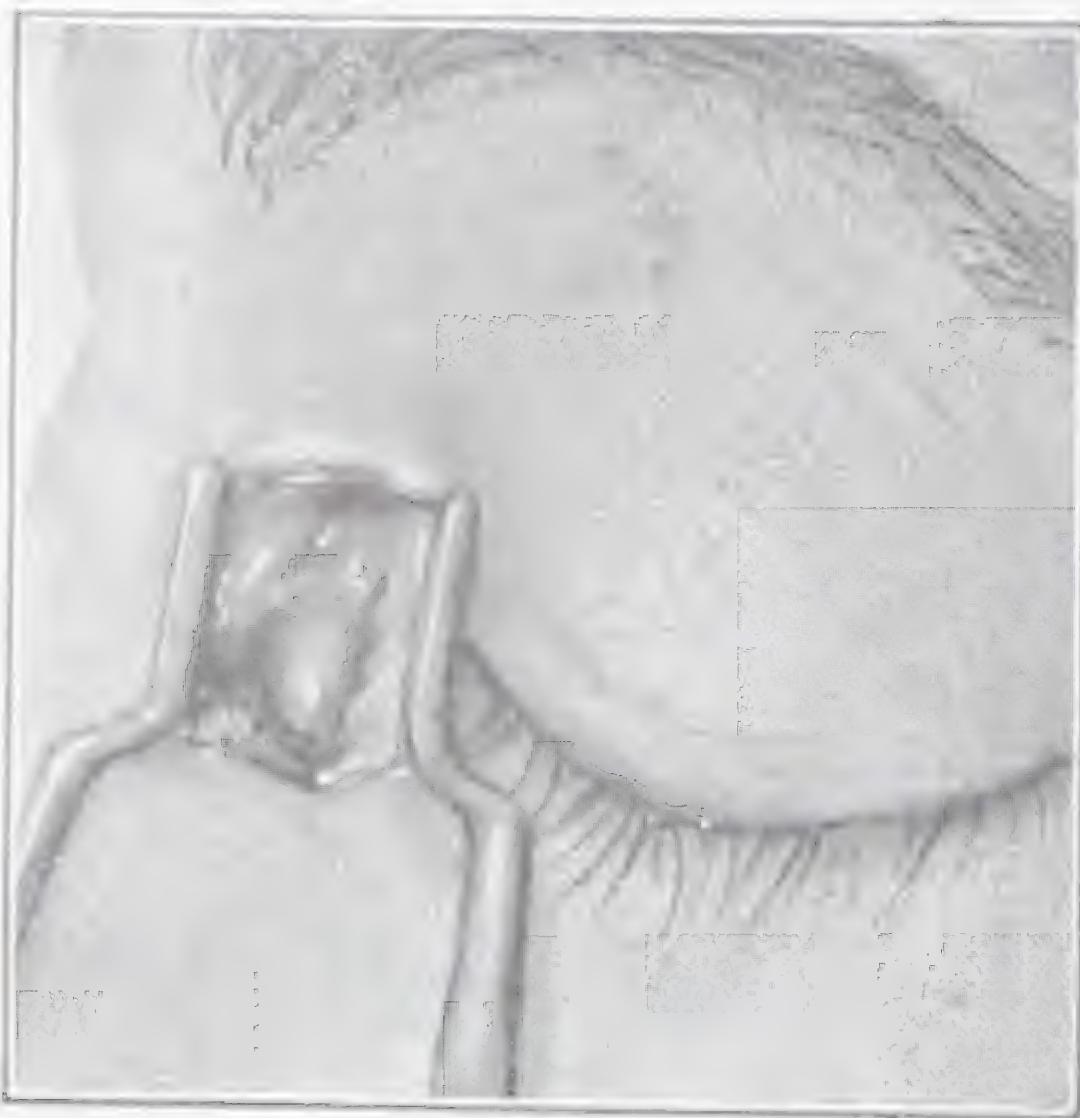
شکل ۹۸ - کند مقطاع اورچیہ

قینچی، بلنٹ ڈسکٹر (blunt dissector: کند مقطاع) اورچیہ (شکل ۹۸) زیادہ خوفزدہ مریض میں ایک عمومی مُخدر (general anæsthetic) لینے واروئے بے ہوشی استعمال کی جاسکتی ہے۔ مقامی عدم حسیت (local anæsthesia) (ملاحظہ ہو باب ۳۱) قابل ترجیح ہے کیونکہ اس میں نزف (hæmorrhage) تقریباً بالکل نہیں ہوتا۔ ایڈرین لین کلورائیڈ



(adrenalin chloride, 1 in 10,000) میں تیار کردہ ۲ فی صدی نوکین (novocain 2 per cent.) کے تین قطرؤں کا شراب عملیہ کے مقام پر تحت الجلد پکاری کے ذریعہ کر دیا جاتا ہے۔ داخلی رباط جفنی (internal palpebral ligament) کو نمایاں کرنے کے لئے پیوٹوں کی جلد کو انگلی سے باہر کی طرف کھینچا جائے۔ پھر داخلی رباط جفنی کے بالائی کنارے سے ذرا اوپر ایک خمدار شگاف نیچے کی طرف اور کسی قدر باہر کے رخ تقریباً

نصف انچ تک مجھ لینے چشم خانہ کے حاشیہ کے برابر برابر دیا جائے۔ یہ شگاف اندرنی باق (inner canthus) سے صرف تقریباً ۱/۲ انچ اندر کو ہونا چاہئے۔ اگر اس کا محل وقوع اس سے زیادہ وسطی ہو تو اینگیو کروین (angular vein: زاویہ وریڈ) کے زخمی ہو جانے اور تکلیف دہ زخم واقع ہونے کا خطرہ ہے۔ اوپر تو یہ



شکل ۹۹۔ دمعی تاجہ کا استیصال۔

شگاف تاجہ (sac) کے اندر داخل ہو جاتا ہے لیکن نیچے زیادہ اوٹھلا رہتا ہے۔ لیکریل بون (lacrymal bone: عظم دمعی) کا کریسٹ (crest: عرف) جو انگلی سے محسوس ہو سکتا ہے تاجہ کی رہنمائی کرتا ہے۔ رٹراکٹر (باز کش) لگا دیا جاتا ہے۔ تاجہ کی غشائے مخاطی کو فارسیس یعنی کلابیب سے پکڑ کر اندر کی جانب پر اسے ہڈی سے جدا کر دیا جاتا ہے۔ رٹراکٹر (باز کشوں) کے ذریعہ شگاف کو تنہا ہوا رکھا جائے اور ایک دوئی کے



پھیپھائی کی ڈاٹ جوائڈرینالین (adrenalin) میں ترکی ہوئی ہو، زخم کے اندر دو تین منٹ تک دبا کر رکھی جائے تو نزف (haemorrhage) موقوف ہو جاتا ہے۔ پھر تاجہ کی پوسٹگی کو تمام اطراف سے (تاجہ کے بالائی حصہ کا خاص طور پر خیال رکھ کر) غلطہ کر لیا جائے۔ اب تاجہ کو باہر کھینچ کر قنات لنفی (duct) کو جس قدر ممکن ہو اسی قدر نیچے سے کاٹ دیا جائے۔ اس کے بعد فولکمن کے ایک چھوٹے چھپے (Volkmann's spoon) سے قنات کو کمرچ لیا جائے۔ جب نزف کلی طور پر موقوف ہو جائے تو ٹانگے لگا کر زخم بند کر دیا جائے۔ تاجہ پر تین چار دن تک ایک ٹھکم داب گڈی (pressure pad) لگائے رکھنا چاہئے۔ چوتھے یا پانچویں دن ٹانگے نکال دئے جائیں۔ جب تاجہ تمام وکمال خارج کر دیا جاتا ہے تو نتائج نہایت تشفی بخش ہوتے ہیں، تاہم موسم سرما میں زوردار ہواؤں سے کسی قدر متنبہ رہنا (خشک ریزی) ہونا ایک متوقع چیز ہے۔ اس کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ ملتحمہ (conjunctiva) تندرست حالت میں رہے، چنانچہ ہلکے عابس (astringent) قطرات (زینک سلفیٹ پاگرن، ایک آونس میں) لگائے گئے ہیں استعمال کرنا فائدہ مند ہوگا۔ معمولی حالات میں ڈسککا (epiphora: دماغ) بالکل نہیں یا بہت کم ہونا چاہئے۔

جب مستمری مواد خفیف مقدار میں ہو یا بالکل نہ ہو، ڈسککا مریض کے لئے نہایت تکلیف دہ ہو، اگر دہ چشم پر کوئی عملیہ عنقریب ہی نہ کیا جائے والا ہو، اور لپاڈال (lipiodol) کے اشراب کے بعد لاشعاعوں سے تاجہ پٹھولا ہوا نظر ہو چکا ہو تو ان حالات میں تاجہ کی سلیت (drainage) ناک کے اندر کر دینے سے عمدہ نتائج حاصل ہو سکتے ہیں۔ یہ دروں انہی راہ



سے (intra-nasally) کی جاسکتی ہے (West's operation: عملیہ ویسٹ) جس کے لئے ایک ماہر امراضِ آنف (rhinologist) کی خدمات کی ضرورت ہوگی، یا خارجی طور پر کی جاسکتی ہے (Toti's operation: عملیہ ٹوٹی یا اُس کی کوئی ترمیم)۔ آخر الذکر طرز کے عملیہ میں تاجہ کی اندرونی دیوار کے اسفل حصے کو کامل تکشف کے بعد قطع کر کے نکال دیا جاتا ہے، زیر افتادہ ہڈی اور گردِ عظمہ (periosteum) کا ایک حصہ سنبہ (punch) یا دندانِ برے (dental drill) سے نکال دیا جاتا ہے اور ماتحت انفی غشائے مخاطی میں ایک متناظر فتحہ (opening) بنا دیا جاتا ہے۔

## حاد التهاب تاجہ دمی

(ACUTE DACRYOCYSTITIS)

یہ تاجہ دمی کے خطہ کا حاد التهاب ہے جو مزمن التهاب تاجہ دمی (chronic dacryocystitis) کے دوران میں ایک حادثہ کے نتیجہ کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ اس کو تاجہ دمی کا خراج (abscess of the lacrymal sac) بھی کہتے ہیں (شکل ۶۴، صفحہ ۷)۔

علامات - تاجہ دمی پر کی جلد سرخ اور متورم ہو جاتی ہے۔ یہ حالت پوٹوں اور ملتحمہ تک پھیل جاتی ہے، اور بعض اوقات اس قدر نمایاں ہوتی ہے کہ اُس پر ٹمربادہ (erysipelas) کا شبہ ہونے لگتا ہے۔ سخت درد اور الیمیت (tenderness)، اور کسی قدر تپ اور بنفئی اختلال (constitutional disturbance) بھی پایا جاتا ہے۔ دو یا تین دن



کے بعد کسی ایک نقطہ پر ایک زرد بدرنگی (discoloration) ظاہر ہوتی ہے۔ یہاں پیپ موجود ہوتی ہے، لہذا اسے نکال کر خالی کر دینا چاہئے۔ اس کے بعد آرام معلوم ہوتا ہے اور علامات رفع ہو جاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ فتحہ (شکاف) بالکل مندل ہو جائے، اور اسکے بعد

یہ حالت پھر مزمن التهاب تاجہ دمی (chronic dacryocystitis) کے علامات کے ساتھ اس کا بطنی فمر (slow course) اختیار کر لے بعض مریضوں میں فتحہ (شکاف) قائم رہتا ہے، اور اس سے خارج ہونے والے سیال کے خصائص بدل جاتے ہیں اور وہ پانی جیسا (آبی) ہو جاتا ہے۔ اس حالت کو دمی ناسور (lacrymal fistula) کہتے ہیں۔ جب تک یہ ناسور کھلا رہتا ہے وہ مریض محفوظ رہتا ہے۔ مگر جیسے ہی کہ یہ ناسور بند ہو جاتا ہے، اس میں خراج (پھوڑے) کے دوبارہ پیدا ہو جانے (کس) کا امکان ہوتا ہے۔ بعض اوقات محض ایک باریک سارستہ رہ جاتا ہے جو ایک سلائی کے داخلہ کے لئے بھی ناکافی ہوتا ہے، اور اس کے اندر سے سیال کا ایک آدھ قطرہ وقتاً فوقتاً خارج ہوتا رہتا ہے۔

**بحث اسباب۔** دمی خراج نہ صرف تاجہ کو، بلکہ گرد پیش کی اتصالی بافت کو بھی ماؤف کر دیتا ہے۔ تاجہ کے سڑے ہوئے مشمولات کو اس کے استر میں ایک چھوٹا نقص ملتا ہے، اور اس نقص کی راہ سے دقیق عضویہ (micro-organisms) (خاص کر streptococci

نبقات سبجیہ، شکل ۱۱۳، صفحہ ۹) متصل بافت میں پہنچ کر التهاب اور نتیجہ (suppuration) پیدا کر دیتے ہیں۔

**علاج۔** اگر بیمار اوائل مرض میں رجوع ہو تو خراج کے تکون کو



روکنے کی کوشش اس طرح کی جاسکتی ہے کہ جمع شدہ مواد کو دبا کر نکالیں اور ہلکے دافع عفونت محلولات (بورک ایسڈ ۴ فیصدی، یا بائی کلورائیڈ ... ۱۰) میں (حصہ) کی پھکاری سے دعویں۔ اگر ایسا کرنا ناممکن ہو یا یہ طریقہ مؤثر ثابت نہ ہو، جیسا کہ اکثر ہوا کرتا ہے تو گرم کمید (hot fomentations) (گھور، سینک) استعمال کرنا چاہئے۔

جیسے ہی تموج (fluctuation) پیدا ہو جائے جلد اور تاجہ کی اگلی دیوار میں سے ہوتے ہوئے آزادانہ شگاف دیا جائے (evacuation) یعنی مواد خارج کر دینے کے بعد گاز (gauze: سندس) کی ایک دھتھی زخم میں ٹھونس دی جائے اور اسے روزانہ بدلتے رہنا چاہئے، یہاں تک کہ تمام التهابی علامات غائب ہو جائیں اور سیال ریمی (پیپ دار) نہ رہے۔ قنات کی نفوذ پذیری (permeability) کو بحال کرنے کی کوشش کی جاتی ہے جس کے بعد ناسور خود بخود بند ہو جاتا ہے۔ اگر قنات کے قابل گزر (pervious) (نفوذ پذیر) ہونے کے بعد بھی ایسا نہ ہو تو فتحہ کی کوروں کو تازہ کر کے باہم ملا دیا جاتا ہے یا انھیں حقیقی مکواة (cautery) سے داغ دیا جاتا ہے، یا راستہ کو ایک تیز چھچھے سے کھرچ دیا جاتا ہے۔ بیشتر حالتوں میں پوری تھیلی کو جڑ سے نکال دینا زیادہ مناسب ہے، لیکن جب تک کہ تمام حاد علامات کم نہ ہو جائیں ایسا نہیں کرنا چاہئے۔



# باب ہفتم

87

## امراض مجمر

(DISEASES OF THE ORBIT)

**تشریح - مجمر (orbit)** یعنی چشم خانہ عظمی دیواروں سے بنتا ہے، اور اُس کی شکل ایک ذواربعت الاضلاع ہرم (quadrilateral pyramid) کی طرح ہے۔ اُس کا راس ثقبہ بصری (optic foramen) سے متناظر ہے۔ قاعدہ سامنے کی طرف رُخ رکھتا ہے اور سامنے کے مضبوط دبیز اور باہر نکلے ہوئے حاشیہ سے متناظر ہے۔ انہی دیوار جو سب سے زیادہ پتلی ہوتی ہے، زیادہ تر عظم دمی (lacrymal bone) سے اور مصفااتی (ethmoid) کے مُسطح حصے (os planum) سے، نیز عظم جبہ (frontal bone) اور عظم وندی (sphenoidal bone) سے بنتی ہے۔ سامنے اس دیوار میں تاجہ دمی (lacrymal sac) کے لئے ایک میناب (groove) ہوتا ہے۔ چشم خانوں کی اندرونی دیواریں قریب قریب متوازی ہوتی ہیں، لیکن بیرونی دیواریں آگے سے آگے کو ایک دوسری سے متسع ہوتی جاتی ہیں۔

چشم خانہ کے راس میں تین فتحات ہوتے ہیں، جو متصلہ کہفوں میں گھلتے ہیں:

(۱) ثقبہ بصری (optic foramen) جس کی راہ سے عصب بصری (optic nerve)



اور شریانِ عینی (ophthalmic artery) گذرتی ہے۔ (۲) فوقانی مجری شقاق (superior orbital fissure) (sphenoidal fissure: شقاقِ وتدی) جس میں سے وریدِ عینی (ophthalmic vein) 'عضلاتِ چشم کے اعصاب' اور شلاقیہ تواسیہ (trigeminus) کی پہلی شاخ گذرتی ہے۔ (۳) تحتانی مجری شقاق (inferior orbital fissure) (spheno-maxillary fissure: وتدی فکی شقاق) جس میں سے عصبِ فکی (maxillary nerve) اور تحتانی مجری شریان (infra-orbital artery) گذرتی ہے۔

چشم خانہ نہ صرف اپنے راس کے فتحات کے ذریعہ سے کھوپری کے کہف کے ساتھ ربط رکھتا ہے، بلکہ اس کے علاوہ وہ متعدد دوسرے کہفوں سے گھرا ہوا بھی ہوتا ہے جو حسب ذیل ہیں: انفی حفرات (nasal fossæ) اور ستزاد کہفے یعنی مصفاتی اور وتدی جوف (ethmoidal and sphenoidal sinuses) جہی جوف (frontal sinus) اور فکی جوف (maxillary sinus)۔ یہ تعلقاً اہم ہیں۔

مجمر کے مشمولات حسب ذیل ہیں: کرہ چشم اور عصبِ بصری (optic nerve) 'عضلاتِ چشم' (ocular muscles) 'غدد دمی' (lacrymal gland) غرق دمیہ، اعداعصاب۔ ان کے درمیان کی فضائیں چربی اور رواؤں (fasciæ) سے پُر ہوتی ہیں۔

مقلہ یا کرہ چشم دو کروں کے قطعات (segments of two spheres) سے مرکب ہے۔ اگلا قطعہ (قرنیہ) جس کا قطر تقریباً ۱۲ ملی میٹر ہوتا ہے، نسبتہ چھوٹا اور زیادہ ابھرا ہوا ہے۔ پچھلا قطعہ نسبتہ بڑا اور صلبیہ (sclera) سے متناظر ہے۔ کرہ چشم کا قطر تقریباً ایک انچ ہے (ایک جانب سے دوسری



جانب تک ۲۲.۵ ملی میٹر، آگے سے پیچھے تک ۲۴ ملی میٹر، اور اوپر سے نیچے تک ۲۳.۵ ملی میٹر)۔

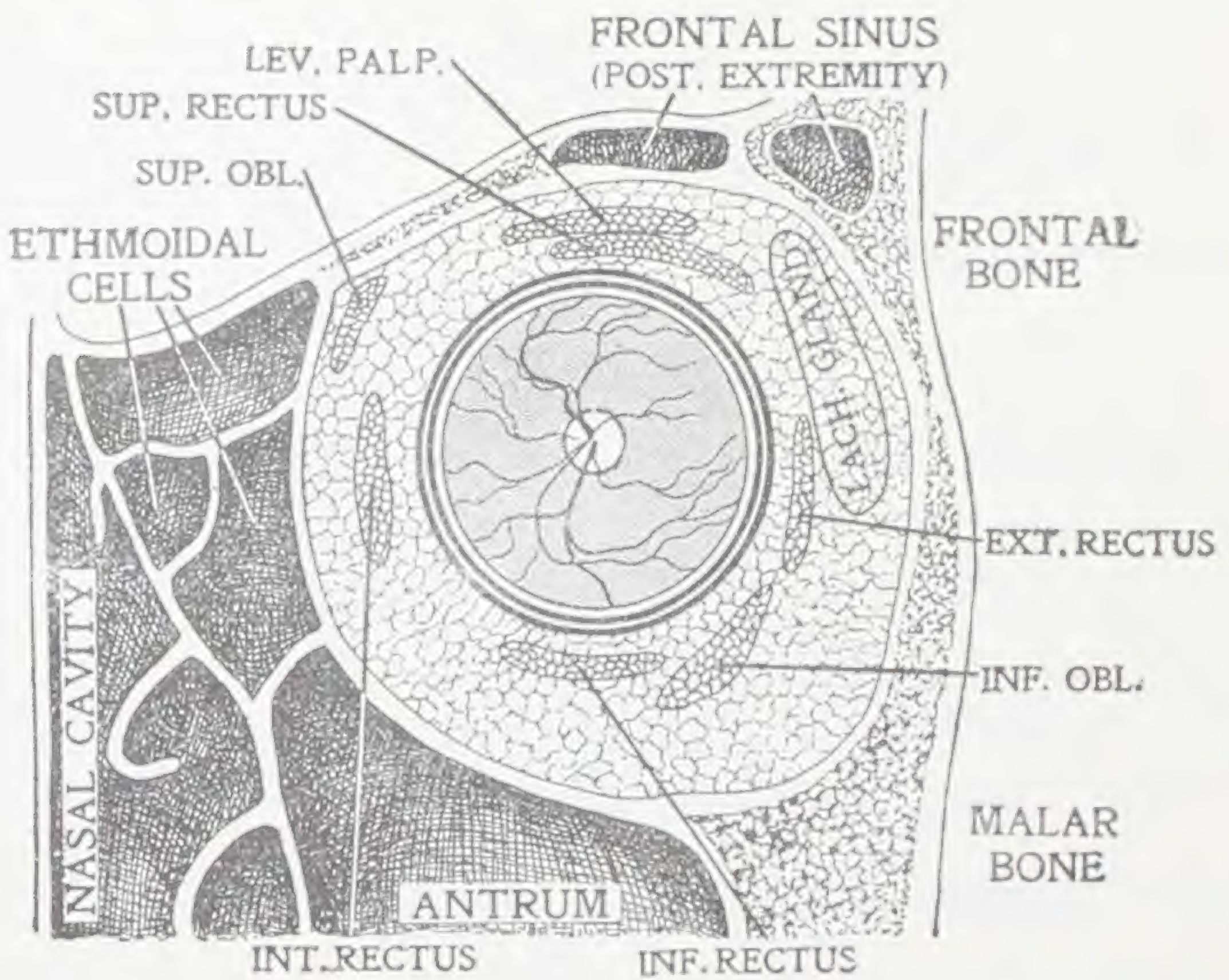
مجمری رداء (orbital fascia) وسیع ہے اور متعدد حصوں میں منقسم پائی جاتی ہے۔ یہ رداء مجمر (چشم خانہ) کی دیواروں کے لئے گردِ عظم (periosteum) کا کام دیتی ہے (periosteum: مجمری سمحاق)۔ اس کا ایک حصہ مجمر کے فتح کے سامنے حائل ہوتا ہے اور اس کے سامنے کی دیوار بناتے ہوئے مجمر کے ماحشیہ سے دونوں جنبی غضروفوں (tarsi) تک اور خارجی اور داخلی غضروف الحنبی رباطات (external and internal tarsal ligaments) تک پھیل کر فاصلِ مجمری (septum orbitale) بنا دیتا ہے۔ مجمری رداؤں کی اطالیتیں (prolongations) عضلات کو گھیرتی اور انھیں ایک دوسرے کے ساتھ پیوٹوں کے ساتھ اور مجمر کے ماحشیوں کے ساتھ پیوستہ کرتی ہیں۔

مزید برآں رداء کی ایک تہ کرہ چشم کو، قرنیہ سے لیکر پھلے حصے تک گھیر لیتی ہے، اس عضو (آنکھ) کو شحم مجمری سے علیحدہ کرتی ہے، اور باریک سہکوں (trabeculae) کے ذریعہ صلیبیہ (sclera) سے چسپاں ہوتی ہے۔ اس پوشش کو غلافِ ٹینان (Tenon's capsule) کہتے ہیں۔ سامنے کی طرف یہ تحت الملتحم اتصالی بافت (subconjunctival connective tissue) میں ضم ہو جاتا ہے۔ لیکن پیچھے کی طرف عصبِ بصری (آپٹک نرو) کے گرد غائب ہو جاتا ہے، اور ان تمام بافتوں سے جو کرہ چشم سے چسپیدہ ہیں، چھدا ہوا ہوتا ہے۔ کرہ چشم کی عریض اور وسیع حرکات میں کرہ اور اس کا غلاف دونوں مجموعی حیثیت سے حصارِ شحم پر ایک ساتھ حرکت کرتے ہیں۔ جہاں عضلاتِ چشم کے اوتار (tendons) غلافِ ٹینان کو چھیدتے ہیں، وہاں آخر الذکر (غلاف) ان پر منعکس ہو کر



اُن کی رداؤں کے ساتھ مسلسل ہو جاتا ہے۔

مجر کی مثلاًئین عینی شریان (ophthalmic artery) سے ماخوذ ہیں۔  
وریدیں عینی وریدوں (ophthalmic veins) میں خالی ہوتی ہیں، جو فوقانی  
مجر شقاق (superior orbital fissure) کی راہ سے گذر کر جو ف کہنکی



شکل ۱۰۰۔ اکیلی تراش (Coronal Section) جس میں مجر چشم نما  
اور متصل کہنہ نظر آ رہے ہیں۔

(cavernous sinus) میں چلی جاتی ہیں۔ مجر کے اعصاب حرکی (motor) بھی  
ہیں اور حسی (sensory) بھی۔ حرکی اعصاب، یعنی عصب سوم، عصب چہارم،  
اور عصب ششم، عضلاتِ چشم کو عصبی رسد پہنچاتے ہیں۔ حسی اعصاب تینہ تو اسیہ



(trigeminus) کی پہلی اور دوسری شاخیں ہیں۔ ہدبی عقدہ (ciliary ganglion) عصب بصری کی بیرونی جانب واقع ہے، اور اس میں حرکی ریشے عصب سوم سے، حسی ریشے عصب پنجم سے، اور مشارکی رشتہ (sympathetic filaments) ضمیمہ پانی (carotid plexus) سے پہنچتے ہیں۔ ہدبی عقدہ سے چھوٹے ہدبی اعصاب باہر نکلتے ہیں جو آنکھ کے پچھلے حصے میں سے آنکھ کے اندر داخل ہوتے ہیں۔ منجر میں لنی عروق یا لنی غدود نہیں ہوتے۔

عوارض منجر میں اکثر اوقات ایک مخصوص  
و میز علا، جھوٹا العین (exophthalmos)  
پائی جاتی ہے۔



89

جھوٹا العین (Exophthalmos)  
(Proptosis: تبدل مقلہ) چشم خانہ سے  
آنکھ کے ڈھیلے (مقلہ) کا باہر کو ابھر آنا ہے (شکل ۱۰۱)۔  
اس کے اسباب حسب ذیل ہیں: چشم خانہ کے  
التهابات (inflammations) سلعات

شکل ۱۰۱۔ جھوٹا العین

(tumours) اور چوٹیں متصل کہفوں کا اتساع،  
مرض بیسڈو (Basedow)، جھوٹا نابض  
(pulsating exophthalmos) کہنکی جوف کی علقیت (thrombosis

(Exophthalmos)

of the cavernous sinus) اور بعض حالتوں میں عضلات مستقیمہ کا

شل (paralysis of the recti muscles) اور ان عضلات کی

وترشگافی (tenotomy)۔ جب یہ (جھوٹا) شدید درجہ کا ہوتا ہے تو

ممکن ہے کہ اس سے آنکھ کی قابلیت حرکت (mobility) میں خلل واقع ہو



اور پپٹوں کی مسرودی نامکمل ہو (خرگوش چشمی: lagophthalmos) جس کے نتائج یہ ہو سکتے ہیں: التهابِ قرنیہ (keratitis) بوجہ آنکھ کے تکشف (کھلا رہ جانے) کے نیچے کے پوٹے کا شترہ خارجی (ectropion) شفع یا دونظری (diplopia) (اگر مقلہ کی جانبی غیر وضعی بھی مستزاد ہو) اور عصبِ بصری کے التهاب اور ذبول (atrophy) کی وجہ سے بصارت میں خلل۔

خوص یا غور العین (Enophthalmos)۔ یہ آنکھ کے ڈھیلے کا چشم خانہ میں پیچھے کو ہٹ جانا ہے۔ یہ استناد ان حالتوں کے جو بورھوں میں اور انتہائی نخول (emaciation) یعنی لاغری کی حالت میں چشم خانہ کی چربی کے کم ہونے کی وجہ سے دیکھنے میں آتی ہیں، یہ نادر الوقوع ہے۔ اس کے دوسرے اسباب یہ ہیں: شللِ مشار کی (paralysis of the sympathetic) چشم خانہ کی چوٹیں جو ندبی انقباض (cicatricial contraction) پیدا کر دیں اور مجری دیواروں کا کسر (fracture)۔

## مجری سمحاتی التهاب

(ORBITAL PERIOSTITIS)

یہ چشم خانہ کے گرد عظمہ (سمحاق) کا التهاب ہے جو اپنے ممر میں حاد (acute) ہوتا ہے یا مزمن (chronic) اور چشم خانہ کے حاشیہ کے ایک حصے میں محدود ہوتا ہے یا زیادہ عمیق طور پر پھیلتا ہوا۔

حاصلاتِ التهاب اکثر صرف اس غشاء کی ربازت (thickening) پر مشتمل ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ہڈی کا جماؤ یا صمغیہ (gumma)



(آتشک) ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایک خراج (پھوڑا) بن جائے، اور اس کے ساتھ مجری کی دیوار کے ایک حصے کی بوسیدگی (caries) یا تنخر (necrosis) موجود ہو یا نہ ہو۔

علامات۔ ان کا انحصار مرض کے مہر کے عادیہ مزمن ہونے پر، مجری کے اُس حصہ پر جو ماؤف ہو، اور حاصلات التهاب کی فطرت (نوعیت) پر ہوتا ہے۔

اس کی نہایت عام قسم وہ ہے جو مجری کے حاشیہ کو ماؤف کر دیتی ہے۔ اسی صورت میں ممکن ہے کہ مجری اس کے کہ درد ہو، مجری حاشیہ پر دبانے سے الیمیت (tenderness) پائی جائے، اس مقام پر ایک سخت اور غیر متحرک دم ہو، اور ساتھ ہی پپوٹوں (conjunctiva) کا کسی قدر ورم ہو، اور کوئی علامات نہ پائے جائیں۔ ایسی حالت کا اکثر یہی نتیجہ ہوتا ہے کہ حاصلات التهاب کامل طور پر جذب ہو جاتے ہیں۔ نسبت کم عام نتیجہ یہ بھی ہوتا ہے کہ گردِ عظمی (سمحاتی) (periosteal thickening) یا عظمی جماؤ (bony deposit) باقی رہ جاتا ہے۔ اس کے برعکس اگر پیپ پڑ جاتی ہے تو مجری کے حاشیہ پر ایک سمحاتی خراج (periosteal abscess) پیدا ہو جاتا ہے، اور یہ جلد میں سے سوراخ کر کے ایک ناسور (fistula) بنا دیتا ہے۔ اس ناسور میں سے سلائی (probe: مبار) کے ذریعہ مُعَرّا (bare) یا مُتَنَخَّر (necrosed) ہڈی شناخت کی جاسکتی ہے۔ ایسا ناسور مہینوں کھلا رہتا ہے، یہاں تک تمام مُردہ ہڈی باہر نکل آئے، اور اس کے اندمال کے بعد وہاں ایک منخفض ندبہ (depressed scar) یعنی دبا ہوا داغ، اور بعض اوقات



شترہ خارجی (ectropion) اور زرخوش چشمی (lagophthalmos) پائی جاتی ہے۔

اگر التهاب سمحاق (periostitis) زیادہ پیچھے کو ہے تو درنہ نسبت زیادہ اور عمیق المقام (deep-seated) ہوگا، کرۂ چشم کو دبانی سے ایلمیت (tenderness) محسوس ہوگی، پپوٹوں اور ملتحمہ میں ورم اور سرخی پائی جائے گی، شاید جھونپٹ العین (exophthalmos) بھی ہو، اور نمایاں بنیئی اختلال (constitutional disturbance) موجود ہوگا۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ بالآخر التهاب کے حاصلات جذب ہو جائیں یا سمحاقی دبازت (periosteal thickening) یا عظمی جھاؤ (bony deposit) پیدا ہو جائے۔ لیکن اگر ایسا عمیق المقام عمل بڑھتا رہے اور پھوٹا بننے کی نوبت آجائے تو وہ زیادہ خطرناک ہو جاتا ہے، اور مجری خلوی التهاب (orbital cellulitis) (جو ملاحظہ ہو) کے علامات پیش کرتا ہے، جس سے اکثر اوقات اس کی تفریق نہیں کی جاسکتی۔ پیپ سطح پر اپنا راستہ نکالنے کا رجحان رکھتی ہے، لیکن اس کے لئے ممکن ہے کہ کچھ وقت درکار ہو۔ اس اثناء میں کہف جمجمہ (cranial cavity) تک توسیع ہونے اور التهاب سمحاق (meningitis) یا دماغی خراج (cerebral abscess) پیدا ہوجانے کی وجہ سے جان کا خطرہ ہونا ممکن ہے۔

سبب اسباب۔ چوٹیں، تدرن (tuberculosis) (پچھلے میں) درجہ ثالث کی آتشک (tertiary syphilis) (بالغوں میں)۔ مزمن "روماتزم" (رثیۃ)۔ متصلد کہفوں یا ہڈیوں سے توسیع۔ روماتزم اور آتشک کے مریضوں میں مرض اکثر مزمن ہوتا ہے، اور تقیق



(suppuration) کے کسی زحمان کے بغیر گردِ عظمی دباؤ (periosteal thickening) پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج - آتشک، یا روماتزم (رشیہ)، یا تدرن (ٹیوبرکولوس) کا علاج - مقامی طور پر مرطوب اور گرم رفادے (moist, warm compresses) - تقیح (suppuration) کے امارات پائے جائیں تو فی الفور شکاف لگا دینا چاہئے۔ پیپ کی موجودگی کا شبہ ہوتے ہی داعیہ علاج یہ ہے کہ ایک سکرے یا قو (narrow knife) سے ابتدائی حالت ہی میں شکاف لگا دیا جائے، تاکہ دماغ میں تقیح نہ پھیلنے پائے۔ آیوڈو فارم گاز (iodoform gauze) کی دھجی کے ذریعہ فتحہ کی تسلیت (draining) کا انتظام کیا جاتا ہے یہاں تک کہ پیپ کا نکلنا موقوف ہو جائے۔ بوسیدگی اور تنخر (caries and necrosis) کیلئے ممکن ہے کہ مابعد عملیتی مداخلت کی ضرورت پیش آئے۔

## محجری خلوی التهاب

(ORBITAL CELLULITIS)

91

محجری خلوی التهاب (orbital cellulitis) چشم خانہ کی خلوی بافت (cellular tissue) کا التهاب ہے جو تقیح (suppuration) پر ختم ہوتا ہے۔ اس التهاب کا محرک ہوتا ہے اور اس کے ساتھ نمایاں بنیئی علامات (constitutional symptoms) موجود ہوتے ہیں۔



علامات - پیپٹوں کا بہت ورم، تہیج ملتحمہ (chemosis) جو نظ العین (exophthalmos) آنکھ کے ڈھیلے کی قابلیت حرکت میں کمی اور خصل، چشم خانہ اور جانب سر میں سخت درد، جو ڈھیلے کو دبانے سے اور زیادہ ہو جاتا ہے۔ ان مقامی امراض کے ساتھ نمایاں بنیعی علامات اور شدید تپ موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ دماغی علامات مستزاد ہو جائیں۔ ممکن ہے کہ بصارت غیر متاثر رہے، یا التهاب عصب بصری (optic neuritis) واقع ہو جانے کی وجہ سے بصارت کم ہو جائے یا بالکل جاتی رہے۔ تقریباً ایک ہفتہ تک ان علامات کے جاری رہنے کے بعد پیپ پیپٹوں کی جلد کے کسی حصے پر ظاہر ہوتی اور سوراخ کردتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ قبوہ (fornix) میں خالی ہو جائے۔ اسی حالت میں جبکہ کوئی اور پیچیدگی نہ واقع ہو گئی ہو، پیپ جلد نکال دینے کے بعد علامات بہ سرعت رفع ہو جاتے ہیں اور رفتہ (شگاف) مندمل ہو جاتا ہے۔

پیچیدگیاں - التهاب عصب بصری (optic neuritis) نسبت کم صورتوں میں شبکیہ کے عروق کی علقیت (thrombosis) کبھی کبھی التهاب کل العین (panophthalmitis)۔ ان حالتوں میں جو انفلوئنزا کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں قرصہ قرنیہ (corneal ulcer) کی پیچیدگی پیدا ہو جانے کا خاص طور پر امکان ہوتا ہے۔ التهابی عمل کا دماغ کی طرف پھیلنا ہلک ہو سکتا ہے۔

اسباب - (۱) چوٹوں اور عملیوں کے بعد مرایت کا وقوع۔

(۲) متصلہ حصوں سے التهاب کا پھیلنا۔ (۳) انفلوئنزا۔ (۴) دہی



سرخابادہ (facial erysipelas) - (۵) مروح، یعنی ایک عضو یا حصے سے دوسرے حصے میں انتقال مرض (metastasis) [نقیح الدم (پائیمیا) نفاسی عفونت الدم (puerperal septicaemia) وغیرہ] - (۶) نفیض اوقات سبب مرض کا پتہ نہیں لگتا۔

علاج - حار تکیدات (hot fomentations) یعنی ٹکور۔

ابتدا ہی میں اُس مقام پر جہاں ہمیں پھوڑے کے واقع ہونے کا شبہ ہو، گہرا تنگاف لگایا جائے، خواہ طعنے میں سے یا جلد میں سے۔ اگر ہم پیپ نہ بھی پہنچیں تو بھی ایسا کرنے سے تناؤ میں تخفیف ہو جائے گی اور مابعد تفرغ (subsequent evacuation) کے لئے ایک راستہ تیار ملیگا۔ زخم کو ہائیڈروجن پراکسائیڈ (hydrogen peroxide) کے گرم محلول (سہ حجمی) سے نطول (irrigate) کیا جائے اور بالکل کھلارہنے دیا جائے یہاں تک کہ وہ تہ میں سے مندل ہو (بھرائے)۔

جوف کہفلی کی علقیت (Thrombosis of the

Cavernous Sinus) - یہ تقریباً ہمیشہ ساری ہوتی ہے اور مجری خراج (orbital abscess) کی حالت میں مجری وریدوں کے اندر علقیت واقع ہو کر جوف کہفلی میں علقہ کی توسیع ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو سکتی ہے۔ یا اُن متصلہ ربی مرکزوں (pus foci) سے پیدا ہو سکتی ہے جو بلعوم (فیرنکس)، لوزین، دانتوں، یا متزادانی جوفوں (accessory nasal sinuses) میں واقع ہوں۔ یا سرخابادہ (erysipelas) کے بعد



یا عظم حجری کی بوسیدگی (caries of the petrous bone) کے بعد اور تقبیح الدم (pyæmia) میں اور ساری امراض میں انتقال مرض (مُروح metastasis) واقع ہونے کے بعد ہو سکتی ہے۔ امارات و علامات وہی ہیں جو منجری خراج (orbital abscess) میں پائے جاتے ہیں، جس سے تفریق کرنے میں حسب ذیل علامات مدد ہو سکتے ہیں: - شدید دماغی علامات کی موجودگی، حکیمیتی خطے (mastoid region) پر اذیاء (وسیط وریدوں emissary veins: میں وریدی رکود stasis: ہونے کی وجہ سے) مقابل جانب پر توسیع، شبکیاتی وریدوں (retinal veins) کا نمایاں طور پر پھیلا ہوا ہونا اور عصبی شبکیاتی التهاب (neuro-retinitis) کا ہمیشہ موجود ہونا۔ یہ مرض ہمیشہ مہلک ہوتا ہے۔

## التهاب غلاف ٹینان

(TENONITIS)

التهاب غلاف ٹینان ایک اولی عارضہ کے طور پر نا درالوقوع ہے۔ اس میں غلاف ٹینان (Tenon's capsule) کا مصلی التهاب (serous inflammation) ہو کر چند ہفتوں میں شفا ہو جاتی ہے۔ اس کے علامات حسب ذیل ہیں: - اوپر کے پپوٹوں کا تھوڑا ورم، عضلات مستقیمہ (recti muscles) میں سے کسی ایک عضلہ کی منہائی پسیدگی (insertion) کے اوپر محدود المقام ورم یا منتشر تہبج ملتحمہ (diffuse chemosis)، خفیف جھونکا بعین (exophthalmos)، حرکات چشم کا محدود ہو جانا، گرہ چشم کو حرکت دینے پر کس قدر درد۔ التهاب غلاف ٹینان کسی عضلہ مستقیمہ



کی چوٹ یا وتر شکنی (tenotomy) کے بعد اس وقت واقع ہو سکتا ہے جب کہ زخم سمراہیت زدہ ہو گیا ہو۔ یہ انفلوئنزا، فقرہس، اور روماتزم (رثیتم) سے بھی منسوب کیا گیا ہے۔ ممکن ہے اس عارضہ اور منجری خلوی التهاب (orbital cellulitis) کے درمیان تفریق کرنا مشکل ہو جائے۔ یہ التهاب قزحہ و جسم بدبی (iridocyclitis) کی شدید شکلوں میں نیز التهاب کل لعین (panophthalmitis) میں ایک ثانوی عارضہ کی حیثیت سے پایا جاتا ہے۔ علاج یہ ہے کہ سرد یا گرم کمکیات (cold or warm fomentations) استعمال کئے جائیں اور تبیہی عامل (etiological factor) کا علاج کیا جائے۔

## محوطہ نابض

### (PULSATING EXOPHTHALMOS)

محوطہ نابض میں علامت ذیل موجود ہوتے ہیں: محوطہ نابض (exophthalmos) یعنی آنکھ کے ڈھیلے کا باہر کو ابھرا ہوا ہونا، گرہ چشم اور اس کے گرد و پیش کے حصوں میں نبضان (pulsation)، آنکھ اور پیشانی کے اوپر حرور (bruit) کی آواز کا سنائی دینا، سر میں آوازیں (بمبھناہٹ)، درد، شبکیہ (retina) ملتحمہ (conjunctiva) اور پپوٹوں کے عروق دمویہ کا تمدد (پھولنا)، اور کبھی کبھی التهاب عصب بصری (optic neuritis)۔ اسی جانب کی شریان سباتی (carotid) کو دبانی سے مندرجہ بالا نبضان اور حرور (bruit) کی آواز کم یا غایب ہو جاتی ہے۔ اس مرض کی پیدائش کی وجہ بیشتر اوقات یہی ہوتی ہے کہ



شریانِ سباتی عموماً ضربہ (traumatism) یعنی چوٹ لگنے سے جوئی کہنکی (کوئرس سانس) کے اندر پھٹ جاتی ہے، اور اس انشقاق سے ایک شریان وریدی انورسما (arterio-venous aneurism) واقع ہو کر مجموعاً نابض (pulsating exophthalmos) پیدا کر دیتا ہے۔ بعض حالتیں شریانِ عینی (ophthalmic artery) کے انورسما یا اسکی شاخوں میں سے ایک شاخ کے انورسما، یا داخلی سباتی شریان (internal carotid) کے انورسما کی وجہ سے، یا ایک عروقی سلعه (vascular tumour) کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں۔ حالتِ نزف (hæmorrhage) کی وجہ سے مہلک ہو سکتی ہے۔ علاج یہ ہے کہ اُسی جانب کی مشترک سباتی (common carotid) میں گرہ (ligation) لگا دی جائے۔ لیکن یہ ہے کہ مقابل جانب کی مشترک سباتی کو باندھنے کی ضرورت بھی لاحق ہو (مگر اس کی گرہ بندی سے پہلے کچھ عرصہ گزر جانے دینا چاہئے تاکہ دماغی دورانِ خون بحال ہو سکے) یا متبادلاً عینی وریدوں (ophthalmic veins) میں یا زاویئی وریدوں (angular veins) میں گرہ لگانا پڑے۔ بہت سی حالتوں میں اس طریقہ سے شفا ہو گئی ہے۔

## مجری سلعات پر چشم خانہ کی رسولیاں

یہ بہت کم ہوا کرتی ہیں۔ یہ چشم خانہ کی دیوار سے یا اُس کے مشمولات میں سے ہو سکتی ہیں۔ علامات کا انحصار رسولی کی جسامت، اُس کے محل وقوع، اور اُس کی فطرت (نوعیت) پر ہوگا۔ عموماً مجموعاً (exophthalmos) موجود ہوتا ہے (یعنی آنکھ باہر کو ابھری ہوئی)



ہوتی ہے)۔ گرہ چشم کے بروز (آگے ابھرنے) کا رخ اور اس کی حرکت کی خرابی رسولی کے اصلی محل وقوع کے لحاظ سے ہوگی۔ عصب بصری (optic nerve) پر دباؤ پڑنے سے عصب بصری کا التهاب (optic neuritis) اور ذبول بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ چشم خانہ کے حاشیہ اور گرہ چشم کے درمیان انگلی ڈالی جائے تو شاید رسولی انگلی کی نوک کو محسوس ہو سکے۔ سلیم سلعات (benign tumours) عموماً آہستہ بڑھتے ہیں اور اکثر بہت کم علامات پیدا کرتے ہیں۔ مگر سلعات خبیثہ (malignant tumours) جسامت میں نہایت تیزی کے ساتھ بڑھتے ہیں اور بہت درد پیدا کر دیتے ہیں۔ چشم خانہ کے سلیم سلعات میں حسب ذیل رسولیاں شامل ہیں: آدمی دویرہ (dermoid cyst)، انورسما (aneurism)، عروقی سلعہ (angioma)، جھوٹا بٹن (pulsating exophthalmos)، سحائی قیلہ (meningocoele)، عظمی سلعہ (osteoma)، اور متصلہ کہنوں کا تمدد (پھولنا) (distension)۔ خبیث سلعات، یعنی لحمی سلعہ (sarcoma) اور سرطانی سلعہ (carcinoma)، میں عموماً چشم خانہ کے مشمولات کو بالکل خالی کر دینا (حشا برآری: exenteration) ضروری ہوتا ہے۔ اخراج کے بعد ریڈیم کا ایک نصاب یا لاشعاعی علاج استعمال کرنا چاہئے۔ جب سلیم سلعہ کی حالت میں اسے نکالنے کی ضرورت ہو تو گرہ چشم کو بھنب محفوظ رکھنے کی کوشش کرنی چاہئے، بالخصوص جبکہ بصارت اچھی ہو۔ جب ایسے (سلیم) سلعات بہت زیادہ پیچھے نہ واقع ہوں تو انھیں اکثر آزادانہ خارجی ماق شگافی (external canthotomy) کے ذریعہ خارج کیا جاسکتا ہے، اس طرح پر کہ اس ماق میں شگاف نیچے



بڑی تک پہنچے، اور بالائی اور زیرین قبوہ (fornix) کے اندر ایک اور  
 شگاف دیا جائے جو باق شگافی کے فتح (opening) سے زاویہ قائمہ پر ہو۔  
 مزید راستہ نکالنے کے لئے خارجی عضلہ مستقیمہ (external rectus  
 muscle) کی عارضی وتر شگافی (tenotomy) کی جاسکتی ہے۔ اگر  
 اس سے بھی کافی جگہ (گنجائش) حاصل نہ ہو تو علیہ کروئ لین (Kronlein's  
 operation) سے کام لیا جاسکتا ہے (جس میں بیرونی معجری دیوار کو  
 عارضی طور پر ڈھیلا کر کے اسکی جگہ سے ہٹا دیا جاتا ہے ملاحظہ ہو صفحہ 100)۔  
 بعض اوقات بالیدگی (رسولی) کے اندر ریڈان بھرے ہوئے  
 خولوں (radon seeds) کی تنصیب (implantation) سے اچھے  
 نتائج حاصل ہوئے ہیں۔

## مستزاد انفی جو فوں کے مرض کے عینی مظاہر

94

(THE OCULAR MANIFESTATIONS OF DISEASE OF  
 THE NASAL ACCESSORY SINUSES)

مستزاد انفی جو ف (جوفہ جہی: frontal sinus) 'مقدم اور موخر

لہ ریڈان (radon) ایک بیگہ گسی تابکار عنصر ہے جو اپنی کیمیائی ترکیب میں ایکٹی ٹان  
 (actinon) اور تھوران (thoron) سے مشابہ (isotopic) ہم جا ہے۔ یہ ریڈیم کو  
 توڑنے سے حاصل ہوتا ہے۔

لہ ریڈان سیڈ (radon seed) سونے یا شیشہ کا ایک چھوٹا سا زمہر خول جسکے اندر  
 ریڈان بھرا ہوا ہوتا ہے۔



مصفاقی خلیات: ethmoidal cells، جو فِ وِدی sphenoidal sinus: اور مغارہ فِکی: maxillary antrum) چشم خانہ کو گھیرے ہوئے ہیں، اور انھیں عظمی دیواریں، جو کہیں کہیں نہایت پتلی ہیں، چشم خانہ سے جدا کرتی ہیں۔ ان جو فوں کا استر انفی غشا، مخاطی کی توسیع بنتا ہے۔ اسی تعلق کی وجہ سے یہ جو ف اکثر اوقات سرایت زدہ ہو جاتے ہیں۔ اگر جو ف کا طبعی مخرج مسدود ہو جائے تو افراز جمع ہو جائیگا اور اسکا نتیجہ یہ ہوگا کہ اُس جو ف کی دیواریں تنکر پھیل جائیں گی، اور ساتھ ہی چشم خانہ کی طرف مداخلت ہو کر جو فِظ (exophthalmos) پیدا ہو جائے گا۔ اگر یہ احتباس (جمع شدہ افراز) اپنی خصوصیات میں مخاط جیسا (mucoid) ہے تو اس حالت کو قیلہ مخاطیہ (mucocele) کہتے ہیں، اور اگر ریمی نوعیت کا ہے تو اسے دُبیلا (empyema) کہتے ہیں۔ ایسا جو فی التهاب (sinusitis) حاویا مزمن ممرطے کر سکتا ہے۔

جو فِ بھی (frontal sinus) کے مرض کی حالت میں ممکن ہے کہ چشم خانہ کے بالائی اور اندرونی زاویہ پر اُبھار پیدا ہو جائے، اس رقبہ پر دبانے سے الیمیت (tenderness) پائی جاتی ہے، اور بعض اوقات اس کے اوپر کی جلد پر سرخی ہوتی ہے۔ شدید جی بھی دردِ سر (frontal headache) ہوتا ہے، اور اگر مریض آگے جھکے تو اُسے چکر آنے لگتا ہے۔ ممکن ہے کہ کُرہ چشم کا نیچے اور باہر کی طرف بروز (protrusion) یعنی اُبھار ہو، اور ساتھ ہی دونوں طرف (diplopia) پپوٹوں کا اُذیا، ملتحمی اور برصیعی متلا (conjunctival and episcleral congestion) اور مدمع (اشک ریزی) (lacrymation) بھی ہو۔ ممکن ہے کہ نتیجہ



محجری سمجھاتی التهاب (orbital periostitis) اور خلوی التهاب (cellulitis) پیدا ہو جائے۔

مصفااتی مرض (ethmoidal disease) چشم خانہ کے بالائی اور اندرونی حصہ میں تورم اور انتفاخ (tumefaction) پیش کرتا ہے اور اس کے ساتھ متصلہ پوٹوں کی جلد میں ورم ہوتا ہے، گردہ چشم نیچے اور باہر کی طرف ہٹ جاتا ہے، دو نظری (diplopia) اور نمایاں درد ملتحمی اور بصری استلا (conjunctival and episcleral congestion) اور تدق (اشک ریزی) بھی ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عمل چشم خانہ کو بھی مآؤف کر دے اور اس میں سمجھاتی التهاب (periostitis) یا خلوی التهاب (cellulitis) پیدا ہو جائے۔

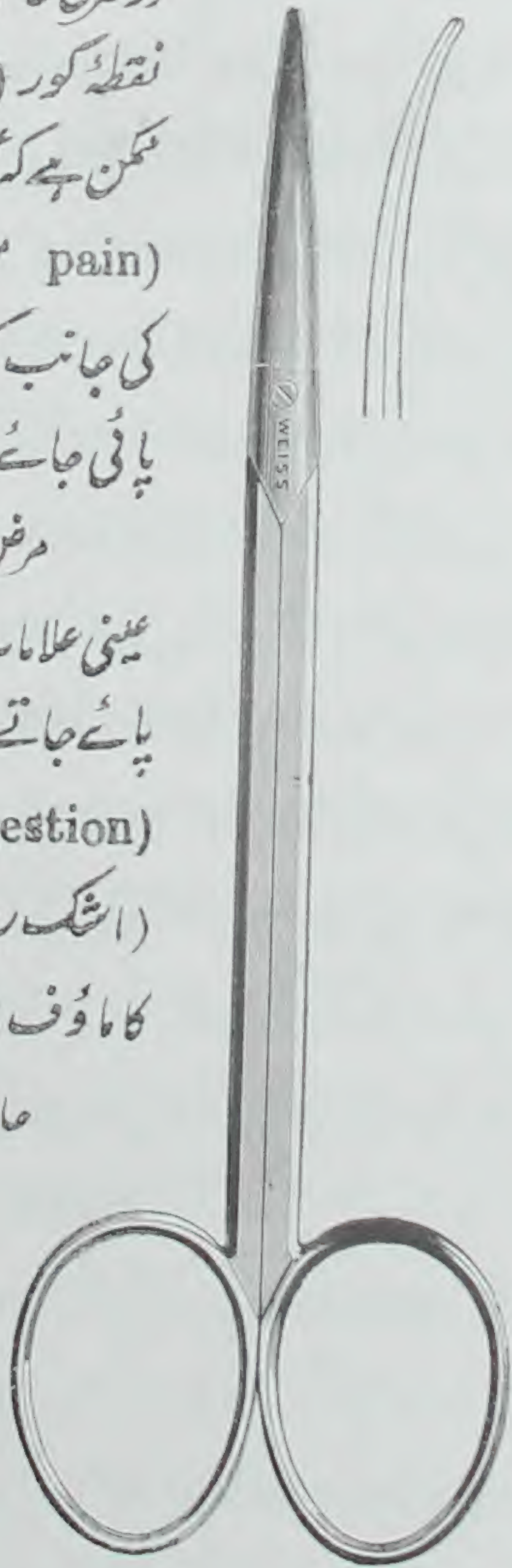
وتدی جوف (sphenoidal sinus) کا مرض عموماً مصفااتی مرض کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے۔ وتدی کہف کی دیواریں عصب بصری (optic nerve) سے نہایت قریبی تعلق رکھتی ہیں۔ اس جوف کے مرض کی حالت میں ممکن ہے کہ التهاب کی کوئی بیرونی علامت ظاہر نہ ہو اور پھر بھی التهاب عصب بصری (optic neuritis)، عصبی شبکیاتی التهاب (neuro-retinitis) اور خلف البصلہ عصبی التهاب (retrobulbar neuritis) پیدا ہو جائے اور نوبت یہاں تک پہنچے کہ اگر سبب کو دور نہ کیا جائے تو ذبول عصب بصری (optic nerve atrophy) واقع ہونے لگے۔ مرکزی (central)، نزد مرکزی (paracentral) یا حلقہ نما ٹونی ظلمہ (annular colour scotoma) ہو سکتا ہے جو ممکن ہے کہ بعد میں ظلمہ مطلق (absolute scotoma) بن جائے۔



اس کے ساتھ استقبصاری میدان (visual field) عموماً بہت کم شکر ہوتا ہے۔  
 دوسری خاصی دائمی علامت (جو ہمیشہ موجود ہوتی ہے)  
 نقطہ کور (blind spot) کی کلائی (بڑا ہوجانا) ہے۔  
 ممکن ہے کہ عمیق المقام درد (deep-seated  
 pain) موجود ہو، اور جب گردہ چشم کو پیچھے  
 کی جانب کو دبایا جائے تو الیمیت (tenderness)  
 پائی جائے۔

مرض مغارہ (antrum disease) کے ساتھ  
 عینی علامات (ocular symptoms) اکثر نہیں  
 پائے جاتے۔ اس میں درد، پوٹوں کا ورم، ملتحمی (مثلاً  
 (conjunctival congestion) اور تندہ (مثلاً  
 (اشک ریزی) ہونا ممکن ہے، لیکن چشم خانہ (مجر)  
 کا ماؤف ہونا نادر ہے۔

عاد، یا ناکس (relapsing) دروں عینی  
 التهابات [التهاب قرصیہ (iritis)  
 التهاب قرصیہ و جسم بدبی  
 (iridocyclitis) وغیرہ] کا اصلی اور  
 بنیادی سبب کوئی مزمن جو فی مرض  
 (chronic sinus disease)  
 ہو سکتا ہے۔



شکل ۱۰۲-۱ انقافی قیچی  
 (Enucleation Scissors)



## چشم خانہ کی چوئیں تضرراتِ مجر

(INJURIES OF THE ORBIT)

ان میں کو فتگی (contusion) شگافت زخم (incised wounds) ثاقب (چھیدنے والے) زخم (penetrating wounds) اجسام غریبہ (foreign bodies) اور مجری دیوار کے کسور (fractures) شامل ہیں۔ چوٹ کی ایک نمایاں علامت چشم خانہ اندر زرف (hæmorrhage) کا ہونا ہے جس سے جھوظ (exophthalmos) اور کبھی پیوٹوں اور طحتمہ کا کدم (ecchymosis) پیدا ہو جاتا ہے۔ گون لگنے یا کسی کٹ چیز کے ذریعہ ہول (و خزه: stab) سے کرہ چشم پھٹ سکتا یا منتخلع (dislocated) ہو کر پیوٹوں کے سامنے آ سکتا ہے۔ ثاقب زخم (penetrating wounds) کرہ چشم کو تلف اور عصب بصری کو مجروح کر کے نابینائی پیدا کر سکتے ہیں، یا بعض عضلات کو قطع کر کے شلل (paralysis) اور دونٹری (diplopia) پیدا کر سکتے ہیں۔ اگر یہ زخم سرایت زدہ ہو جائیں تو بالآخر مجری خراج (orbital abscess) پیدا ہو جاتا ہے۔ اجسام غریبہ (foreign bodies) اگر عفونت سے پاک (عذیم العفونت: aseptic) ہوں تو برداشت کئے جاسکتے ہیں لیکن اگر وہ سرایت زدہ ہوں تو بالآخر تقیج (suppuration) واقع ہو جاتا ہے۔ کسر (fracture) اگلی دیوار کو ماؤف کر سکتا ہے، یا اندرونی دیوار کو ماؤف کر کے دُبلہ (empyema) پیدا کر سکتا ہے، یا اس کے ساتھ بصری کنال (optic canal) کو ماؤف کر کے عصب بصری (optic nerve)



کو چوٹ پہنچا سکتا ہے۔ آخر الذکر ضرر راست چوٹ کا نتیجہ ہو سکتا ہے یا بالواسطہ طریقہ (ضرب متقابل: contrecoup) سے واقع ہو کر بلا کسی چشم بینی (ophthalmoscopic) منظر کے نابینائی پیدا کر سکتا ہے جس کے بعد چند ہی ہفتوں میں عصب بصری کا ذبول (atrophy of the optic nerve) واقع ہو جاتا ہے۔

96

علاج۔ زخموں کی صفائی اور ازالہ سرایت کرنا اور اجسام غریبہ کو نکال دینا (لاشعاعی امتحان کی مدد سے)۔ اگر موقع ایسا معلوم ہو کہ اُسکے نکالنے کے لئے زیادہ دست اندازی (manipulation) کی ضرورت ہوگی اور یہ یقین کر نیکیے لئے وجہ ہو کہ داخل شدہ چیز عظیم العفونت (aseptic) ہے (مثلاً پتھر ہے) تو اکثر یہی بہتر ہوتا ہے کہ اُس جسم غریب کو نہ چھڑا جائے بلکہ وہیں رہنے دیا جائے۔ افزات کے لئے کھلے راستہ کا قائم رکھنا ضروری ہے۔ بندش (پٹی باندھ دینے) سے ہوا اور خون کے جذب ہونے میں مدد ملتی ہے۔

## گرہ چشم کی پیدائشی خلاف قاعدگیاں

(CONGENITAL ANOMALIES OF THE EYEBALL)

یہ اکثر دو جانی ہوتی ہیں۔ بے چشمی (anophthalmos) وہ حالت ہے جس میں چشم خانہ کے اندر گرہ چشم کے بجائے ایک چھوٹا ٹھوس یا دُوربی تودہ (cystic mass) ہوتا ہے۔ صغیر العین یا خرپشی (microphthalmos) وہ حالت ہے جس میں گرہ چشم کی جسامت ہر قطر میں چھوٹی ہوتی ہے۔ کبرا العین یا گاؤ چشمی (buphthalmos) (پیدائشی گلاکوما



(congenital glaucoma) وہ حالت ہے جس میں گرہ چشم کی حسامت زیادہ ہو کر گلاکوما (سبز موتیا) کے علامات موجود ہوتے ہیں، اور اس کا نتیجہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ نابینائی واقع ہو جاتی ہے (صفحہ 235)۔

## گرہ چشم کے عملیات

(OPERATIONS UPON THE EYEBALL)

انتقافِ گرہ چشم (Enucleation of the Eyeball)۔

مطلوبہ آلات حسب ذیل ہیں: - بکشافِ چشم (eye speculum) (شکل ۱۸۵)، تثبیتی چھٹے (fixation forceps) (شکل ۱۸۶)، کند نوک والی خولی قینچی (blunt-pointed strabismus scissors) (شکل ۳۳۶)، خولی خطاف (squint hook) (شکل ۳۳۷)، مضبوط خمدار انتقافی قینچی (curved enucleation scissors) (شکل ۱۰۲)، سوزن گیر (needle-holder) (شکل ۳۳۸)، باریک خمدار سوئی، اور باریک سیاہ ریشم۔

عملیہ: - بچوں اور عصبی المزاج (nervous) مریضوں میں ایک عام مُعَدِّم جس (بے ہوشی پیدا کرنے والی دوا: general anaesthetic) ضروری ہے۔ دوسرے مریضوں میں اگر چاہیں تو مقامی تخدیر (local anaesthesia) حاصل کرنے کے لئے چشم خانہ کے اندر ۳ فیصدی نووکین (3 per cent. novocain) کا اثرا ب کر سکتے ہیں، جیسا کہ صفحہ 467 پر بیان کیا گیا ہے۔ بکشاف (speculum) لگا دینے کے بعد طقمہ کو قرنہ کے گردا گرد سے، اُس کے کنارے سے جس قدر قریب تر



ممکن ہو، قطع کر کے پیچھے کی طرف عضلات مستقیمہ کے غتھاؤں  
 (insertions of recti muscles) تک بذریعہ تقطیع (dissection)  
 پیچھے ہٹا دیا جائے۔ اس کے بعد داخلی مستقیمہ (internal rectus)  
 کے وتر کے نیچے ایک خولی خطاف (squint hook) گزار کر خولی قینچی  
 (strabismus scissors) کے ذریعہ اس عضلہ کو اس کے غتھا  
 (insertion) سے جستہ ر قریب ممکن ہو قطع کر دیا جائے۔ اس کے بعد  
 دوسرے عضلات مستقیمہ بھی، مع زیر طحی اتصالی بافت کے، خط استواء سے  
 کچھ آگے بڑھ کر اسی طرح کاٹ دئے جائیں۔ قینچی کی نوک کا رخ ہمیشہ گرہ چشم  
 کی طرف رکھنا چاہئے، اور گرہ چشم کو حتی الامکان ایسا صاف (مُفَرَّا) کر لینا  
 چاہئے کہ اس کے ساتھ چشم خانہ کی کوئی بافت لگی نہ رہے اور بلا ضرورت  
 خارج نہ ہونے پائے۔ ابتداءً ملتحمہ کے گرد قریبی حقے کو قطع کر نیلے بجائے  
 ہم پہلے داخلی مستقیمہ (internal rectus) کی وتر تنگانی (tenotomy)  
 سے شروع کر سکتے ہیں، اور پھر جب ایک وتر سے دوسرے وتر پر پہنچیں تو  
 باری باری سے وہاں کے ملتحمہ کو کاٹ سکتے ہیں۔ خطاف (ہُک) کو گرہ چشم  
 کے گرد اگر د گزار کر اس امر کا یقین کر لیا جائے کہ عضلات کی چسپیدگی کو  
 کامل طور سے قطع کر کے جدا کر دیا گیا ہے۔ اب بکشاف (speculum) کو  
 پیچھے کی طرف دبا کر گرہ چشم کو سامنے کی طرف مُنْخَلَع کر دیا (ہٹایا) جاتا ہے،  
 اور ایسا کرنے سے عصب بصری (optic nerve) پر تناؤ پڑتا ہے۔  
 انتقافی قینچی (enucleation scissors) (شکل ۱۰۲) کو اس کے دونوں



پھلوں کو بند رکھ کر ملتحمہ اور صلبیہ کے درمیان گزار کر عصب بصری کو ٹوٹا جاتا ہے۔  
قیچی کو سیدرواپس کھینچ کر اس کے پھلوں کو تھوڑا کھول کر (شکل ۱۰۳) عصب بصری  
کو صلبیہ (sclera) کے قریب کاٹ دیا جاتا ہے۔ اب گرہ چشم کو بائیں ہاتھ  
کے انگوٹھے اور انگشت شہادت کے درمیان پکڑ کر عضلات تھوڑے



شکل ۱۰۳۔ انقاف گرہ چشم  
(Enucleation of the  
Eyeball)

(oblique muscles) اور دوسری

غیر منقطع پسیدہ (attachments)

کو قطع کر دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد

چشم خانہ (socket) کو پرکلورائیڈ آف

مرکیوری کے ... میں ایک حصہ

لحاقت والے غسول (perchloride

of mercury lotion, 1 in

5,000) کی مقدار کثیر سے نپوٹل کیا

(دھوڑالا) جاتا ہے۔ جریان خون

(نزف) کو قابو میں رکھنے کے لئے

چشم خانہ میں چند منٹ کے لئے روئی

وغیرہ ٹھوس دی جاتی ہے اور ملتحمہ کو

عموماً خواہ ایک ہی ٹانگے سے (جسے

ملتحمہ کی کور میں سے تھوڑے تھوڑے

فاصلوں سے گزار کر ایک ٹوسے کے ڈورے کی طرح باندھ دیا جاتا ہے)



یا منفصل ٹانگوں (interrupted sutures) سے بند کر دیا جاتا ہے۔  
 اب آنکھ پر پٹی باندھ کر مریض کو ایک دن کے لئے بستر پر لٹائے رکھنا چاہئے۔  
 اثنائے عمل میں اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ گرہ چشم پھوٹنے نہ پائے  
 کیونکہ گرہ چشم پچکا ہوا ہو تو عملیہ زیادہ دشوار ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ تکلیف دہ  
 نرف واقع ہو جائے۔ اگر ایسا ہے تو اسے گرم پانی یا مضبوط پٹی کے ذریعہ  
 قابو میں لایا جاسکتا ہے۔ جب کسی ایسے گرہ چشم کا انقاف کرنا ہو جس میں  
 ایک نصیبت رسولی (malignant growth) موجود ہو، تو اس کے ساتھ  
 عصب بصری کا جقدر زیادہ حصہ نکالنا ممکن ہو گا لے دینا چاہئے۔ شاذ حال تو  
 میں زخم میں مرابت ہو جانے کی وجہ سے پھوڑا، علقیت (thrombosis)  
 بلکہ ہلک سحائی التهاب (meningitis) تک پیدا ہو گیا ہے۔ نتیجہ  
 (پیپ دار) گرہ چشم کے انقاف (نکالنے) میں سحائی التهاب کا خطرہ کس قدر  
 زیادہ ہوتا ہے۔ اس وجہ سے بہت سے ماہرین امراض چشم التهاب کُل بعین  
 (panophthalmitis) کی حالت میں عملیہ انقاف (enucleation)  
 کو ممنوع قرار دیتے ہیں، اور جب تک تقیتی عمل موقوف نہ ہو جائے عملیہ کو  
 ملتوی رکھتے ہیں۔

دواعی انقاف (indications for enucleation) حسب ذیل

۱) (۱) ہدی خطہ کی چوٹیں، جبکہ آنکھ کامل طور پر اندھی ہو، یا ضربہ (چوٹ)  
 اس قدر وسیع ہو کہ گرہ چشم کی شکل کا محفوظ رکھنا ناممکن ہو۔ (۲) مشار کی زرد  
 (sympathetic ophthalmia) کو روکنے کے لئے یا اس کے



علاج کے لئے۔ (۳) جب نابینا آنکھ میں شدید درد ہو (۴) التهاب قزحیہ و جسم ہری (iridocyclitis)، ضمور بصلہ (phthisis bulbi) اور گلاکوما (glaucoma: زرق الما) جبکہ اُس کے ساتھ شدید درد یا التهابی علامات بھی موجود ہوں، اور جب آنکھ نابینا ہو یا اُس کا نابینا ہو جانا یقینی ہو۔ (۵) خبیث سلعیات (malignant tumours)، در چشمی یا بر چشمی [بانتشائے قزحیہ (iris) کے اُن چھوٹے چھوٹے سلعیہ جو قزحیہ برآری (iridectomy) کے عملیہ کے ذریعہ ہٹائے جاسکتے ہیں]۔ (۶) غبہ مستدم (anterior staphyloma) کی حالت میں اُس وقت جبکہ آنکھ نابینا، تکلیف دہ، اور بد شکل ہو۔ (۷) التهاب کُل العین (panophthalmitis)۔ (۸) آنکھ میں اجسام غریبہ (foreign bodies)، جبکہ وہ ہٹائے نہ جاسکتے ہوں اور خراش پیدا کر رہے ہوں، یا جب آنکھ نابینا ہو۔

اُن حالتوں میں جن میں مشار کی ند (sympathetic ophthalmia) نوبالیدگی (رسولی) یا التهاب کُل العین (panophthalmitis) نہ ہو ایک نسبت بڑا اور زیادہ حرکت پذیر ٹینڈ (stump: جذ مور) بہم پہنچانے کے لئے غلاف ٹنین (Tenon's capsule) کے اندر ایک مصنوعی آنکھ رکھی جاسکتی ہے۔ یہ شیشے، سونے یا پلاٹینم کا ایک جو فدار (کھوکھلا) گرہ، یا چربی کا گولا ہو سکتی ہے جسے گرہ چشم کی نسبت ذرا چھوٹا ہی ہونا چاہئے۔

عضلات مستقیمہ کے اوتار اور غلاف ٹنین کی کوروں کو تانت (catgut) کے ایک بٹوہ ڈورٹانکے (purse-string suture) کے ذریعہ



کھینچ کر باہم ملا دیا جاتا ہے اور اس کے بعد باریک ریشم کے ٹانکوں کی ایک افقی قطار کے ذریعہ ملتحمہ کی کوروں کو متحد کر دیا جاتا ہے۔

حشا بر آری مُقلہ (Evisceration of the Eyeball)

(کرہ چشم کے مشمولات کو نکال دینا)۔ اس عمل میں قرنیه اور آنکھ کے کل مشمولات کو خارج کر دیا جاتا ہے، اور صرف صلبیہ (sclera) چھوڑ دیا جاتا ہے۔

مطلوبہ آلات حسب ذیل ہیں: - کشف لعین (eye speculum)

(شکل ۱۸۵) تثبیتی چمچے (fixation forceps) (شکل ۱۸۶) 'خمدار

خولی قینچی (curved strabismus scissors) 'گرنفی چاقو (Græfe

knife) (شکل ۲۵۴) یا بیر کا چاقو (Beer's knife) (شکل ۶۰) 'تیز

چمچ (sharp spoon) 'سوزن گیر (needle-holder) (شکل ۳۳۸)

چھوٹی خمدار سوئیاں، تانت (catgut) 'اور ریشمی ٹانکے (silk

- sutures)

عملیہ - کشف کو اندر داخل کرنے کے بعد گرنفی یا بیر کے چاقو کو

قرنیه سے ذرا پیچھے آنکھ میں گھونپ کر اندر سے باہر کی طرف کاٹتے ہوئے

بالائی صلبیتی قرنیقی اتصال (sclero-corneal junction) کے مقام پر

باہر نکالا جائے۔ قرنیه کے دوسرے نصف حصے کو قینچی سے قطع کر دیا جائے۔

پھر تیز چمچ سے کرہ چشم کے مشمولات کو کامل طور پر باہر نکال دیا جائے اور

یہ احتیاط رکھی جائے کہ بجز صلبیہ کے اور کچھ باقی نہ رہنے پائے۔ اب کھف کو

بذریعہ نطول (irrigation) دھو ڈالا جائے اور خون سے بھر جانے دیا جائے

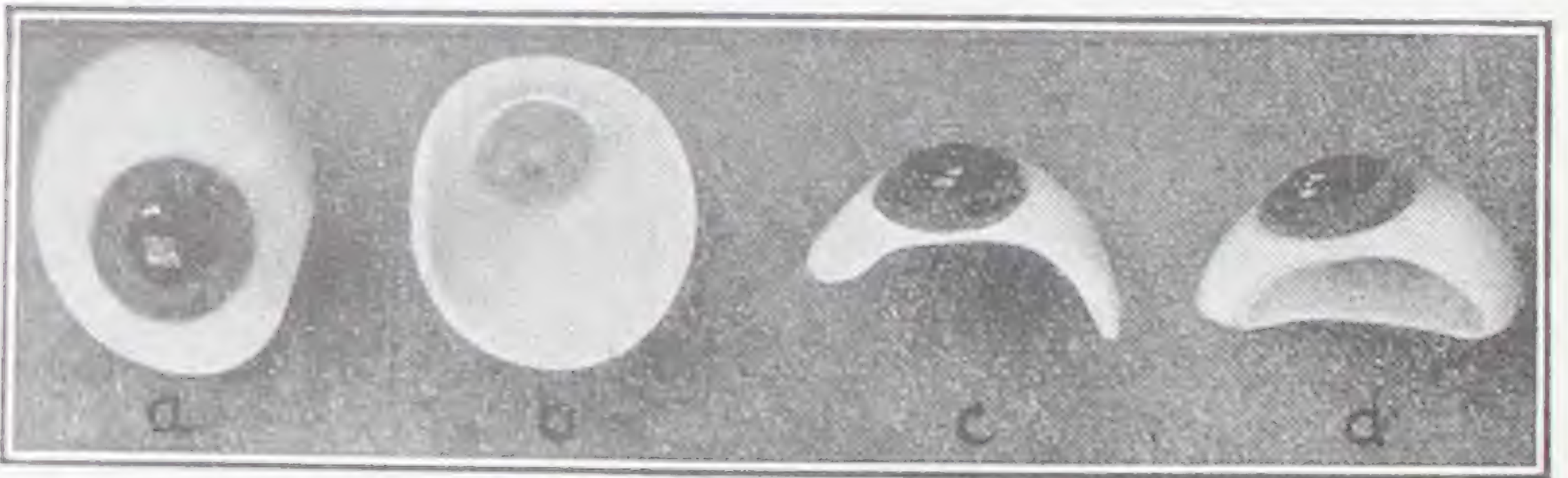
لے - transfixation: خرق - چاقو یا چھری کو اندر گھونپ کر باہر کی طرف کاٹنا۔



یا اسے خشک کر لیا جائے۔ صلبیہ کی کوروں کو تانت (catgut) کے ٹانکوں سے ایک انتصابی خط میں باہم ملا دیا جائے اور ملتحمہ کو ریشمی ٹانکوں کے ذریعہ افقی رخ میں جوڑ دیا جائے۔

اس عملیہ کے بعد صحتیابی اتنی جلد نہیں ہوتی جتنی جلد عملیہ انتقاف (enucleation) کے بعد ہوتی ہے، نیز درد اور رد عمل (تفاعل) نسبتہ زیادہ ہوتا ہے، مگر مصنوعی آنکھ کے لئے عموماً بہتر سہارا حاصل ہوتا ہے۔ بہ استغناء سے

سلعات خبیثہ (malignant tumours) اجسام غریبہ (foreign



شکل ۱۰۴۔ مصنوعی آنکھیں۔

الف (a)۔ سامنے کا منظر۔ ب (b)۔ عقبی منظر۔ ج (c)۔ سیپی کی آنکھ  
3 (d)۔ سنیلن کی ”ریفارم“ آنکھ = (Snellen “reform” eye)۔

bodies) اور مشار کی التهاب چشم (sympathetic ophthalmitis) تمام حالتوں میں انتقاف (enucleation) کے بجائے یہی عملیہ کیا جاسکتا ہے۔  
خشا بر آری اور مصنوعی زجاجیہ کا اذخال (Evisceration with Insertion of an Artificial Vitreous) [عملیہ مینول  
(Mules's Operation)] - خشا بر آری کے بعد کہف صلبیہ کو



صاف کرنے اور جریان خون (نزف) کو بند کر دینے کے بعد، کانچ یا چاندی (یا کسی دوسری چیز) کا ایک جو فدار (کھوکھلا) گرہ اندر رکھ دیا جاتا ہے۔ یہ گولا بہت زیادہ بڑا نہیں ہونا چاہئے۔ صلبیہ میں شکاف دیدینے یا اور ایک مخصوص ادخالی آلہ (inserting instrument) استعمال کرنے سے اس کے داخل کرنے میں آسانی ہوتی ہے۔ پھر زخم کو بند کر کے اس کا تکسید (dressing) (پٹی وغیرہ باندھنا) اُسی طرح کر دیا جاتا ہے جس طرح کہ معمولی عملیاتِ حشابرآری کے بعد کیا جاتا ہے۔ اس عملیہ کے بعد رتِ عمل (تعال) معتد ہوتا ہے اور مریض کو ایک ہفتہ تک اپنے حجرہ ہی میں رہنا پڑتا ہے۔ اس میں شک نہیں کہ اس طریقہ سے حاصل شدہ جذ مور (stump) (ٹنڈ) دوسرے طریقوں کے مقابلہ میں بہتر ہوتا ہے، لیکن اکثر ایسا اتفاق ہوتا ہے کہ گولا باہر نکل آتا ہے۔

مصنوعی آنکھیں (شکل ۱۰۴)۔ انقاف (enucleation) اور حشابرآری (evisceration) کے بعد تجزیلی یا سینی اغراض (cosmetic purposes) سے اور اس کہفہ کو پُر کرنے کے لئے جو پوٹوں کے درمیان باقی رہ جاتا ہے، مصنوعی آنکھیں لگائی جاتی ہیں۔ یہ چشم خانہ کا التهاب رفع ہوتے ہی (عموماً کئی ہفتوں کے بعد) لگائی جاسکتی ہیں۔ مصنوعی آنکھ کو بار بار دھوتے رہنا چاہئے اور روزانہ رات کو نکال دینا چاہئے۔ عموماً ایک سال کے بعد اس کی سلیشیں اور کوریں کھردری ہو جاتی ہیں، لہذا اس کے بجائے نئی آنکھ لگانا چاہئے۔ جب جذ مور (stump) (ٹنڈ) اچھی خاصی جانت کا ہو تو ایک سیپی نما مصنوعی آنکھ لگانا چاہئے، لیکن اگر جذ مور چھوٹا ہے، یا آنکھ (بذریعہ انقاف) نکال دی گئی ہے تو سینیلن کی "ریفارم"



مصنوعی آنکھ (Snellen "reform" artificial eye) جو جدید طرز کی ہے، تجمیلی لحاظ سے زیادہ خوشنما اور ابھی معلوم ہوتی ہے۔ یہ کسی قدر دبازت رکھتی ہے اور جو فدار (کھوکھلی) بھی ہوتی ہے (شکل ۱۰۴، ص ۵)۔

ممکن ہے کہ چوٹوں کی وجہ سے ندبی بند (cicatricial bands) یا ندبی بافت (scar tissue) پیدا ہو جائے اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ چشم خاں سکڑ جائے یا شیشہ کی آنکھ گھردری ہو جائے اور اُس کی خراش کی وجہ سے قبوۂ زیریں (lower fornix) کم گہرا (اُتھلا) ہو جائے۔ ان دونوں صورتوں میں مصنوعی آنکھ اپنی جگہ پر نہیں ٹھہریگی۔ ندبی بندوں کو پورے طور پر کاٹ دینے کے بعد ملتحی تاجہ کی مکرر استرکاری ایک بڑے جلدی پیوند سے (جسے گٹا پرچا کے ڈھانچہ: guttapercha mould) کی مدد سے اپنی جگہ پر قائم رکھا جائے، یا متصلہ جلد سے لئے ہوئے ایک ٹڈی دار پیوند (pedunculated graft) سے کر دی جائے۔ بعض اوقات قبوۂ زیریں کو بڑا کرنے کے لئے سر حملہ کے پیوندوں کی جڑت ("epithelial inlay" = 'سرطانی مرصع کاری') سے کام لینا تشفی بخش ہو سکتا ہے۔ نیچے کے پوٹے میں قبوۂ کے نیچے ایک کہفہ بنا کر اُس میں باہر سے دندان فی موم کا ایک ڈھانچہ (dental wax mould) جسے پیوند ٹیرش (Thiersch graft) سے ڈھانک دیا گیا ہو، دفن (داخل) کر دیا جاتا ہے۔ جب یہ پیوند جم جائے (جڑ کر پڑے) تو کہفہ کو ملتحی سطح سے کھول کر ڈھانچہ کو باہر نکال لیا جاتا ہے۔

کرونلین کا عملیہ (Kronlein's Operation) بے ضرر خلف العینی رسولیوں (innocent retro-ocular growths) کو نکالنے کے لئے کام میں لایا جاتا ہے، جس سے آنکھ ضائع نہیں ہوتی۔ اس کا



طریقہ یہ ہے کہ چشم خانہ کے صدغی حاشیہ کے برابر برابر ایک شکاف ہڈی تک کر چشم خانہ کی صدغی دیوار سے گرد عظمہ (سمحاق) کو جدا کر دیا جائے، اور عظمی دیوار کا عارضی استیصال جزئی (temporary resection) کر کے رسولی کو نکالنے کے بعد دیگر اجزا کو انہی جگہ پر واپس رکھ دیا جائے۔

مجھری حشا برآری (Exenteration of the Orbit) - یہ

عظیمہ مشمولات مجھری کے ابتدائی نصیبت امراض میں کیا جاتا ہے۔ اس میں مجھری دیواروں پر سے گرد عظمہ کو اوجھیر کر مجھری کے راس تک جملہ مشمولات نکال دئے جاتے ہیں۔



# باب ششم

## امراض ملتحمہ

### (DISEASES OF THE CONJUNCTIVA)

تشریح - ملتحمہ (conjunctiva) غشائے مخاطی کی ایک باریک تہ ہے جو پپوٹوں کا استر بناتی ہے، اور پھر مقلہ (کرہ چشم) پر عکس ہو کر ایک تاجہ (تصلی) بناتی ہے جس کا نام تاجہ ملتحمہ (conjunctival sac) ہے۔ ملتحمہ کو ہم تین حصوں میں ممیز کرتے ہیں: (۱) جفنی (palpebral) یا غضروف الجفنی (tarsal) ملتحمہ، جو پپوٹوں کی تحتانی سطح کا استر بناتا ہے۔ (۲) عینی (ocular) یا بصلی (bulbar) ملتحمہ جو مقلہ (کرہ چشم) کے اگلے حصہ کو ڈھانکتا ہے اور (۳) قبوہ (fornix) یعنی وہ برزخی حصہ جو پپوٹے اور کرہ چشم کے درمیان ایک دہراؤ بناتا ہے۔ ان تینوں حصوں کا ملتحمہ اپنی ساخت میں دوسرے حصوں سے کسب قدرت مختلف ہوتا ہے۔

جفنی ملتحمہ (palpebral conjunctiva) دوسرے حصوں کی نسبت زیادہ دبیز، اور اپنی وسعت کے بیشتر حصہ میں با تحت غضروف جفنی (tarsus) سے اس قدر چسپیدہ ہوتا ہے کہ میبومی غدو (Meibomian glands)



اُس میں سے نظر آسکتے ہیں۔ اُس کی سطح چکنی ہوتی ہے، لیکن اُس پر متعدد باریک اُبھار یا حُکیمات (papillae) پائے جاتے ہیں۔ وہ استوانی حُکیمہ (cylindrical epithelium) سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ اُس کا ہیکل (stroma) غدہ آس (adenoid) نوعیت کا ہوتا ہے، جس میں کثیر التعداد لمفی جسیمات (lymph corpuscles) موجود ہوتے ہیں، جو بعض اوقات چھوٹی گول گریہوں (lymph follicles) لف آسا جرابات کے طور پر اُبھر آتے ہیں۔ یہ ایک مختلف فیہ مسئلہ ہے کہ آیا یہ جرابات طبعی ہیں یا امراضیاتی (pathological)۔ ان کے درمیان کے نشیب سینیلے کے غدہ (Henle's glands) ہیں۔ کثیر التعداد درمی خانی (crypts) بھی پائے جاتے ہیں۔

قبوۃ کا ملتحمہ (conjunctiva of the fornix) اپنی ساخت میں جفنی ملتحمہ سے مشابہ ہے۔ یہ ایک بہت ڈھیلادہراؤ بناتا ہے، جسکی وجہ سے گرہ چشم بہت آزادی کے ساتھ حرکت کر سکتا ہے۔ اسے عروقِ دمویہ کی رسد بہ کثرت حاصل ہے۔ عروق کی اس کثرت سے اور اس کے ڈھیلے پن سے اس امر کی توضیح ہوتی ہے کہ ملتحمہ کے التهابات میں اس دہراؤ میں نایاں ورم کیوں پیدا ہو جاتا ہے۔ دمعی قناتیں (lacrymal ducts) اور ستراد دمعی غدہ (accessory lacrymal glands) ملتحمہ کے اسی حصے میں کھلتے ہیں۔

ملتحمہ کا بصلی حصہ (bulbar portion of the conjunctiva) پتلا اور شفاف ہوتا ہے، اور گرہ چشم کی اگلی سطح کو ڈھانکتا ہے۔ یہ اتصالی بافت (برصبیتی بافت: episcleral tissue) کے ذریعہ صلبیہ (sclera) سے ڈھیلے طور پر چسپاں رہتا ہے، بہ استثنائے اُس حاشیہ کے جو قرنیہ اور صلبیہ کی سرحد (limbus: حدِ قرنیہ) بناتا ہے (جہاں یہ مضبوطی سے چپکا ہوا ہوتا ہے)۔



ساخت میں یہ بقیہ ملتحمہ سے مشابہت رکھتا ہے، لیکن اس میں غدو نہیں ہوتے۔  
یہ مُطَبَّق (ورقہ دار) فرشی سر علمہ (laminated pavement epithelium) سے  
ڈھکا ہوا ہوتا ہے، جو قرنہ پر غیر منقطع طور پر مسلسل چلا جاتا ہے اور اس کی بیرونی تہ  
بناتا ہے۔ اندرونی ماق (inner canthus) کے قریب یہ ایک ہلالی دہراؤ  
(plica semilunaris: ثنیہ ہلالی) بناتا ہے، جو غشائے ریش (nictitating  
membrane) یعنی ادنی حیوانات کے تیسرے پوٹے کا باقی ماندہ ناقص النمو حصہ  
(rudiment) ہے۔

102

ملتحمہ کی عروقی رسد قبوہ کے عروق دمویہ سے حاصل  
ہوتی ہے، یعنی مؤخر ملتحمی (posterior conjunctival) سے (جو جنفی  
palpebral: سے ماخوذ ہے) اور مقدم ہدبی (anterior ciliary) سے۔  
آخر الذکر عضلات مستقیمہ (recti) کے ساتھ ساتھ آگے بڑھ کر حدِ قرنیہ  
(limbus) کے قریب صلبیہ (sclera) کو چھیدتے اور اندرون چشم (interior  
of the eye) میں داخل ہو جاتے ہیں۔ ان سے جو شاخیں نکلتی ہیں ان کا ایک گروہ  
قرنیہ کے گرد عروقی چنبر (vascular loops) بناتا اور اسے غذا بہم پہنچاتا ہے،  
اور دوسرا گروہ (مقدم ملتحمی: anterior conjunctival) ملتحمہ میں پیچھے کی طرف  
گذرتا اور مؤخر ملتحمی (posterior conjunctival) کیساتھ تہتم (anastomosis)  
کرتا ہے۔ یہی ترتیب، مع مؤخر ہدبی ٹرائین (posterior ciliary arteries) اور  
شبکیہ نظام عروق (retinal system of vessels) کے، آنکھ کا عروقی نظام  
(vascular system of the eye) بناتی ہے۔ اسی طرح بصلی ملتحمہ (bulbar  
conjunctiva) دو عروقی نظام پیش کرتا ہے، یعنی مؤخر ملتحمی (posterior  
conjunctival) اور مقدم ہدبی (anterior ciliary)۔ کسی خاص حالت



(مریض) میں اشراب (injection) کی نوعیت مقامِ استلا (seat of congestion) کو معین کرنے میں کس قدر کارآمد ہوتی ہے۔  
ملتحی کے اعصاب (nerves) یعنی عصب پنجم کی شاخیں آزاد ہوں  
یا لمسی جسامت (tactile corpuscles) میں ختم ہوتی ہیں، بالخصوص جفنی حصہ  
میں۔ لمفی عروق (lymphatic vessels) ملتحی میں تعدادِ کثیر میں پائے  
جاتے ہیں، اور یہ ایک اوپری اور ایک گہری تہ بناتے ہیں۔

## ملتحی اور ہدبی اشراب

(CONJUNCTIVAL AND CILIARY INJECTION)

ملتحی (conjunctival) اور ہدبی (ciliary) یا گردِ قرنیہ اشراب  
(circumcorneal injection) (اشکال ۱۰.۵ تا ۱۰.۷، صفحہ ۸)

کے درمیان حسبِ ذیل فرق ہیں:

ہدبی اشراب

(Ciliary Injection)

۱۔ مقدم ہدبی عروق

(anterior ciliary vessels) سے

اخذ ہوتا ہے۔

۲۔ قرنیہ، قرنیہ (iris) اور

ہدبی جسم (ciliary body) کے امراض

کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

ملتحی اشراب

(Conjunctival Injection)

۱۔ مقدم ملتحی عروق (poste-

rior conjunctival vessels) سے

اخذ ہوتا ہے۔

۲۔ ملتحی کے امراض کے ساتھ

پایا جاتا ہے۔





شکل ۱۰۵—ملتحمی اشراب  
(Conjunctival injection)



شکل ۱۰۶—ہدنی اشراب  
(Ciliary injection)



شکل ۱۰۷—التهاب قزحیہ (Iritis)  
جسکے ساتھ شدید ہدنی اشراب موجود ہے۔  
ایٹروپین کے اثر سے پتلی کسی قدر پھیل گئی ہے۔



شکل ۱۰۸—زیر ملتحمی نرف  
Subconjunctival haemorrhage







۳۔ اکثر تدمع (اشک یزی)

ہوتا ہے، لیکن کوئی ملتحمی اخراج (مواد) نہیں نکلتا۔

۴۔ قرنیہ کے بالکل گردا گرد

سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے

اسی وجہ سے اسے گرد قرنیہ، اثرباب

(“circumcorneal” injection)

کہتے ہیں۔

۵۔ قبوہ کی طرف زائل ہوتا جاتا ہے۔

۶۔ گلابی یا ارغوانی (lilac)

رنگ کا۔

۷۔ چھوٹے اور سیدھے عروق

سے بنتا ہے، جو استفد رگہرے واقع

ہوتے ہیں کہ انفرادی عروق بہ آسانی

شناخت نہیں کئے جاسکتے، مگر باریک

سیدھے خطوں کی طرح قرنیہ سے

اشعاع کرتے ہوئے (radiating)

دھندلے دھندلے نظر آتے ہیں۔

۸۔ ملتحمہ کی حرکت سے اپنی

جگہ سے نہیں ہٹایا جاسکتا۔

۳۔ کم و بیش مخاطی ری (muco-

purulent) یا ری (purulent)

اخراج (مواد) نکلتا ہے۔

۴۔ قبوہ ملتحمہ (fornix)

conjunctivæ) میں سب سے زیادہ

نمایاں ہوتا ہے۔

۵۔ جیسے جیسے قرنیہ کے قریب

آئیں، بتدریج زائل ہوتا جاتا ہے۔

۶۔ تیز خشتی سُرخ رنگ کا

ہوتا ہے۔

۷۔ موٹے اور پیچیدہ عروق کے

جال سے بنا ہوا ہوتا ہے، جو آزادانہ

متنظم ہوتے ہیں اور استفد سطحی واقع

ہوتے ہیں کہ جال کے خانے (شبکہ) باسانی

شناخت کئے جاسکتے ہیں۔

۸۔ نیچے کے پوٹے کو دبایا جائے

تو ملتحمہ کے ساتھ اسے بھی حرکت



دیجا سکتی ہے اور ہٹایا جاسکتا ہے۔

103

آنکھ کے اگلے حصہ کے امراض کی شدید شکلوں میں (congestion) کی یہ دونوں قسمیں اکثر متوقف (ساتھ ساتھ) پائی جاتی ہیں۔ درحقیقت ایسا ہونا قرین قیاس بھی ہے، کیونکہ (جیسا کہ اوپر بتلایا گیا ہے) عروق کے دونوں نظام آزادی کے ساتھ باہم متفرم ہوتے ہیں۔

جب ہدبی اشراب (ciliary injection) بہت نمایاں ہو، خاص کر اسوقت جبکہ وریدی امتلا (venous congestion) بہت زیادہ ہو، تو وہ (ہدبی اشراب) بنفشی رنگ اختیار کر لیتا ہے۔ اشراب کی ایسی ہی ایک قسم کُرہ چشم کے خط استوا (equator) اور قرنیہ کے درمیان کی برصلیبی بافت (episcleral tissue) کو ماؤف کرتی ہے جس میں ایک بنفشی رنگ کی ایسی چمکتی [جیسی کہ التهاب سبلیہ (scleritis) اور زرق الماء (glaucoma) میں دیکھنے میں آتی ہے] پائی جاتی ہے، جو گہرائی میں واقع ہوتی ہے۔

## التهاب ملتحمہ

(CONJUNCTIVITIS)

ملتحمہ کے التهابات کو التهاب ملتحمہ (conjunctivitis)

یا تَرَد (ophthalmia) کہتے ہیں۔ اس کی حسب ذیل قسمیں ہیں:

۱۔ نازلتی (Catarrhal): (الف) حاد (acute) (ب) مزمن

(chronic) (ج) جراثیمی (follicular)۔



۲۔ ریمی (Purulent): (الف) رمدِ نومولوو (ophthalmia)

(neonatorum) (ب) سوزاکی (gonorrhœal)۔

۳۔ غشائی (Membranous): (الف) غیرِ دفتھیائی (non-

diphtheritic) یا کروی (croupous) (ب) دفتھیائی

(diphtheritic)۔

۴۔ دانہ دار (Granular) یا روہے یا کمرے (trachoma):

(حشر)۔

۵۔ نفیٹی (Phlyctenular)۔

## حاد نازلی التهاب ملتحمہ

(ACUTE CATARRHAL CONJUNCTIVITIS)

یہ ملتحمہ کا حاد نازلی التهاب ہے جسکے ساتھ مخاط نما (mucoid)

یا مخاطی ریمی (muco-purulent) مواد خارج ہوتا ہے۔ اس سے

حاد مخاطی ریمی (acute muco-purulent) اور حاد سادہ التهاب ملتحمہ

(acute simple conjunctivitis) بھی کہتے ہیں۔

معروضی علامات (Objective Symptoms)۔ جفنی ملتحمہ

(palpebral conjunctiva) اور قبوہ (fornix) کا ملتحمہ، دونوں

شوخ سرخ رنگ کے اور متورم ہو جاتے ہیں۔ بصلی ملتحمہ (bulbar

conjunctiva) میں خفیف سا امتلا (congestion) ہوتا ہے، لیکن

شدید حالتوں میں یہ بہت نمایاں ہو سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ اسکے ساتھ

بصلی ملتحمہ کا تہیج (chemosis) چھوٹے ملتحمی زفات (hæmorrhages)



اور پوٹوں کا تہج بھی ہو۔ افزاء جو مقدار میں زیادہ اور اپنی نوعیت میں بدلا ہوا ہوتا ہے، شدت مرض کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ خفیف حالتوں میں وہ مخاط نما (mucoïd) ہوتا ہے۔ نسبت زیادہ شدید صورتوں میں مخاطی ریمی (muco-purulent) ہوتا ہے۔ نہایت نمایاں مثالوں (حالتوں) میں پیپ کی مقدار اس قدر زیادہ ہوتی ہے کہ ایک دو دن تک یہ شبہ رہتا ہے کہ کہیں یہ مرض ایک ریمی التهاب کی ابتدا تو نہیں، رات کے وقت افزاء جمع ہوتا ہے اور عیند میں پوٹوں کی کوروں پر خشک ہو جاتا ہے۔

104

### موضوعی علامات (Subjective Symptoms)۔ کھلی اور

ٹیس یا جلن کے احساسات، جو پوٹوں میں معلوم ہوتے ہیں۔ چوٹے گرم اور بھاری معلوم ہوتے ہیں اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گویا ان کے نیچے ریت یا کوئی جسم غریب (foreign body) موجود ہے۔ کم و بیش نور ترسی (photophobia) موجود ہوتی ہے۔ جب تبدیل شدہ افزاء قرنیہ پر واقع ہوتا ہے تو بصارت میں کسی قدر دھندلا پن بھی ہو سکتا ہے۔ عموماً شام کے وقت علامات میں زیادہ شدت پائی جاتی ہے۔ التهاب کے درجہ کے لحاظ سے علامات کی شدت مختلف ہوتی ہے۔

فمر (Course)۔ ممکن ہے کہ مریض شائد دو یا تین ہفتوں میں

علاج کے بغیر بھی، صحتیاب ہو جائے۔ بعض اوقات علامات

کم ہو کر ایک مزمین نازلی التهاب ملتحمہ باقی رہ جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ

جفنی التهاب (blepharitis) بھی موجود ہو۔ شدید حالتوں میں قرنیہ

کے حاشیہ پر چھوٹی چھوٹی رمادی مائل رنگ کی درزیاں (infiltrations)





شکل ۱۰۹ — سوزاکی نبتہ  
(Gonococcus)



شکل ۱۱۰ — ریوی نبتہ  
(Pneumococcus)



شکل ۱۱۱ — کاخ ویکس کا عصیہ  
(Koch-Weeks bacillus)



شکل ۱۱۲ — موریکس ایکسن فیلڈمزروج  
عصیہ



شکل ۱۱۳ — نبتہ سلجیہ  
(Streptococcus)



شکل ۱۱۴ — ڈفٹیریائی عصیہ  
(Diphtheria bacillus)

شکل ۱۰۹ تا ۱۱۴ — دقیق عضوی جو مختلف اقسام کے ملتحمی دماغی اور قرنیاتی امراض  
میں پائے جاتے ہیں۔







پیدا ہو جاتی ہیں۔ ان میں سے کئی درجہ نشوں کے تضام (باہم ملجانے) سے ایک شیمی قرصہ (marginal ulcer) بن سکتا ہے، جو عموماً کوئی اہمیت نہیں رکھتا۔ یہ قرصہ سطحی ہوتا ہے اور جلد اچھا ہو جاتا ہے، لیکن کبھی کبھی گہرا ہو کر خطرناک ہو جاتا ہے۔ نفاذ صورتوں میں التهاب قرصیہ (iritis) بطور ایک پیچیدگی کے واقع ہو جاتا ہے۔

اسباب۔ یہ مرض ہر عمر میں اور سال کے ہر موسم میں واقع ہوتا ہے، لیکن موسم بہار اور خزاں میں نہایت عام ہوتا ہے۔ اس کے اسباب حسب ذیل تقسیم کئے جاسکتے ہیں: (۱) میکافی۔ اجسام غریبہ (foreign bodies) 'تیز ہوا' گرد و غبار، دھوئیں وغیرہ میں تکشف۔ (۲) وبائی۔ موسم بہار اور خزاں میں، اور گرہ ہوائی کی کسی حالت (بعض خروغیوں: micro-organisms کی موجودگی) کی وجہ سے۔ (۳) سمایت (infection)۔ امراض میں مبتلا مریضوں کی انگلیوں، تولیوں، رومالوں وغیرہ کے تماس (چھونے) کی وجہ سے۔ اس مرض کا مواد متعدی ہوتا ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ وہ بکثرت رہا ہوا اور اس میں زیادہ پیپ موجود ہو۔ اسی وجہ سے اکثر اس مرض کی متعدد مثالیں ایک ہی گھر یا مدرسہ میں پائی جاتی ہیں۔ (۴) امراض طفیلیہ (exanthemata) 'کھسرا' (measles)، 'قرمز' (scarlatina) اور چیچک کے ساتھ ساتھ یا بعد۔ (۵) زکام (coryza) 'تپ کاہی' (hay fever) اور انفلوئنزا کے ساتھ متعلق۔



سریری اقسام (Clinical Varieties) - اس مرض کی بعض قسمیں ایسے اسمائے صفات سے متعین اور میتر کی جاتی ہیں، جو ان کی تسبیب (etiology) ظاہر کرتے ہیں۔

ضرابی التهاب ملتحمہ (Traumatic Conjunctivitis) کے نام سے اکثر اس حاذنازلتی التهاب ملتحمہ کو موسوم کیا جاتا ہے، جو کسی جسم غریب (foreign body) کی موجودگی کے باعث یا ضرب (traumatism) کی وجہ سے پیدا ہو گیا ہو۔ اس عنوان کے تحت التهاب ملتحمہ کی وہ قسمیں بھی شامل ہیں جو تیز روشنی کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ مثلاً برقی قوسی روشنی (electric arc light) سے، یا اس روشنی سے جو برقی تپا جوڑنے (electric welding) میں استعمال کی جاتی ہے، یا اس سے جو برف سے انعکاس ہو کر پیدا ہو جاتی ہے (snow blindness: blindness)۔ ایسی حالتوں میں التهاب ملتحمہ کے علاوہ موجود ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں نمایاں نور ترسی (photophobia) (اشک ریزی)، چوٹوں میں شدید کھٹک، پتلی کا ٹکڑا جانا (انقباض) اور بعض اوقات چوٹوں کا تہیج (اُذیما) اور قرنیہ کا سطحی تقرع (superficial ulceration)۔

دمعی التهاب ملتحمہ (Lacrymal Conjunctivitis) (شکل ۶۳، صفحہ ۷) التهاب تاجہ دمی (dacryocystitis) کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ دمی التهاب ملتحمہ اکثر اوقات جفنی اور عینی ملتحمہ کے اندرونی ایک ثلث حصہ تک محدود رہتا ہے۔ وہ ملتہب تاجہ دمی (lacrymal sac) سے آئے ہوئے ریمی افراز کی وجہ سے پیدا



ہو جاتا ہے، جس میں اسٹریپٹوکوکائی (streptococci) نبتاتِ سجیہ موجود ہوتے ہیں (شکل ۱۱۳، صفحہ ۹)۔

طحی التهاب ملتحمہ (Exanthematous Conjunctivitis)

طحی تیوں (exanthemata) کے ساتھ متعلق ہوتا ہے اور نہایت عام طور پر کھسرا (measles) میں دیکھا جاتا ہے۔

حاد وبائی التهاب ملتحمہ (Acute Epidemic

Conjunctivitis) عام طور پر آشوب ("blight") یا آشوب چشم

("pink eye") کے نام سے مشہور ہے۔ یہ حاد نازلتی التهاب ملتحمہ

(acute catarrhal conjunctivitis) کی ایک نہایت متقدم قسم ہے،

جو اکثر و بیشتر موسم بہار اور خزاں میں واقع ہوتی ہے، اور جس میں علامات

بہت نمایاں ہوتے ہیں اور مواد بہ کثرت خارج ہوتا ہے۔ متقدمی عنصر

کاخ ویکس کا عصبیہ (Kock-Weeks bacillus) (شکل ۱۱۱، صفحہ ۹)

یا نیوموککس (pneumococcus) (شکل ۱۱۰، صفحہ ۹) ہوتا ہے۔ یہ وہ

قسم ہے جو بارہا ایسے شدید معروضی علامات (جن میں پیوٹوں کا ورم اور

سرخی اور بکثرت مواد خارج ہونا شامل ہے) پیدا کر دیتی ہے کہ جس سے

معالج کو تذبذب ہوتا ہے کہ آیا یہ مرض التهاب ملتحمہ کی نازلتی (catarrhal)

قسم ہے یا ریوی (purulent) قسم؟ اسی واسطے جب ایسی شدید حالتوں

کے علاج کے لئے (طبیب کو) بلایا جائے تو قرین مصلحت یہ ہے کہ پہلے

مریض کے طحی افراز کی ایک آلود (smear) کا خود بین کے نیچے امتحان



کر لیا جائے اور مسبب مرض عضویہ (responsible organism) شناخت ہو جانے کے بعد ہی سرایت کی اصلی نوعیت کے متعلق قطعی فیصلہ کیا جائے۔  
 موریکس ایکسن فیلڈ مزدوج غصیہ (Morax-Axenfeld Diplo-bacillus) (شکل ۱۱۲، صفحہ ۹) ایک تحت الحاد التهاب ملتحمہ (subacute conjunctivitis) (زاویئی التهاب ملتحمہ angular conjunctivitis) پیدا کر دیتا ہے جو جوانوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔  
 یہ جلد ہی مزمن صورت اختیار کر لیتا ہے۔

حاد نازلتی التهاب ملتحمہ کی دوسری سریری (clinical) اقسام کی جماعت بندی اُس دقیق عضویہ کے لحاظ سے کی گئی ہے جو مسبب التهاب معلوم ہوتا ہے۔ ایک قسم میں جو سریری لحاظ سے حاد وبائی التهاب ملتحمہ (acute epidemic conjunctivitis) سے مشابہ ہوتی ہے، ایسا مواد خارج ہوتا ہے جس میں بہ کثرت نیو موکائی (pneumococci: ریوی نبتات) (شکل ۱۱۰، صفحہ ۹) پائے جاتے ہیں۔ ایک دوسری قسم میں اسٹریپٹوکوکائی (streptococci: نبتات سجیہ) (شکل ۱۱۳، صفحہ ۹) معتد بہ تعداد میں ملتے ہیں۔ چونکہ طبعی ملتحمی تاج میں بھی اسٹیفیلوکوکائی (staphylococci: نبتات غبیہ) زیر و سرس بسی لائی (xerosis bacilli: جفونی عصیا) اور ایسے ڈپلوکوکائی (diplococci: دو نبتے) جو شکل میں نیو موکائی (pneumococci: ریوی نبتات) سے مشابہ ہوتے ہیں، عموماً موجود رہتے ہیں، لہذا التهاب ملتحمہ کے سریری اقسام کی جماعت بندی جو ٹومیاتی امتحان کے نتائج کے لحاظ سے کرنا مشکل ہے۔



جراثیمی التهاب ملتحمہ (Follicular Conjunctivitis)

کو بعض ماہرین عاونا زلتی التهاب ملتحمہ (acute catarrhal conjunctivitis) کی ایک قسم خیال کرتے ہیں۔ اسے علیحدہ بیان کیا جائے گا۔

علاج۔ اگرچہ یہ مرض کسی مداخلت کے بغیر بھی بالآخر اچھا ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے، تاہم علاج سے اس کی مدت کم ہو جاتی ہے، اور یہ مزمن التهاب ملتحمہ کی صورت نہیں اختیار کرنے پاتا۔ محلول نمک (ایکے رام فی پائنٹ) (3 i. to Oi) (salt solution) یا بورک ایسڈ کے سیر شدہ محلول (saturated solution of boric acid) یا پرنکلورائڈ آف مرکوری کے غسل سے (perchloride of mercury lotion) (۲۰۰۰ میں ۱ جسے بہت درتج بڑھا کر ۱۰۰۰ میں اکرویا جائے) ملحقہ تاجہ کا روزانہ کئی بار نطول (irrigation) کیا جائے۔ جب چیکنا (چکٹا) مواد بکثرت نکلتا ہو تو گرم ہائڈروجن پراکسائیڈ (۱ تا ۲ حجم) کے غسل کے نطول کا استعمال نفع بخش ہو سکتا ہے۔ رات کے وقت پپوٹوں کی کوروں پر ایک ملطف مرہم (bland ointment) (ویلیمین یا بورک ایسڈ کا مرہم) لگایا جائے تاکہ سونے میں وہ باہم چپکنے نہ پائیں۔ جب تک مواد بکثرت نکلتا رہے، پپوٹوں کو الٹ کر ان کے ملتحمہ پر پروٹارگال (protargol) یا آرجرال (argyrol) کا دس فیصدی محلول روزانہ لگایا جاسکتا ہے۔ مریض کو آگاد اور تنبیہ کر دینا چاہئے کہ اس مرض کا مواد متعدی ہوتا ہے۔

اگر مرض کے دیرپا (obstinate: عَصَال) یا مزمن ہونے کا



رجحان نظر آئے تو ہلکے مابس محلولات (astringent solutions) مثلاً  
 ایلیم یعنی پھسکری، زنک کلورائیڈ یا زنک سلفیٹ یا گرین فی اونس،  
 داعیہ علاج ہیں، اور اس کے ساتھ ساتھ یہ بھی کیا جائے کہ کبھی کبھی  
 سلورنائٹریٹ کا ایک فی صدی محلول (1 per cent. silver  
 nitrate solution) یا پھسکری کا قلم (alum-stick) بیوٹوں کو  
 الٹ کر ان پر لگا دیا جائے۔

## مزمن نازلتی التهاب ملتحمہ

(CHRONIC CATARRHAL CONJUNCTIVITIS)

یہ ملتحمہ کا ایک مزمن التهاب ہے، جس میں ویسے ہی علامات  
 پائے جاتے ہیں جیسے کہ حاد قسم میں ملتے ہیں، مگر ان کے ساتھ طبعی افراز  
 کی مقدار اور نوعیت میں محض خفیف سے تغیرات موجود ہوتے ہیں۔ یہ  
 مزمن سادہ التهاب ملتحمہ (chronic simple conjunctivitis)  
 کے نام سے بھی موسوم ہے۔

معروضی علامات (Objective Symptoms)۔ بیوٹوں کا  
 ملتحمہ سرخ اور چکنا ہوتا ہے۔ کہنہ حالتوں میں وہ بیش پروردہ (متفخم) اور  
 مخملی ہو سکتا ہے۔ افراز میں عموماً محض خفیف سا تغیر پایا جاتا ہے، اور  
 اُس کی مقدار میں بہت کم زیادتی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ اتنا ہو کہ  
 صبح کے وقت بیوٹوں کو چپکا دینے کے لئے یا اندرونی ماق (گوشہ چشم)  
 پر سیقدر خشک افراز (کیچر۔ چیر) جمادینے کے لئے کافی ہو۔ بیرونی  
 زاویہ چشم میں سیقدر انسحاج یعنی پوست کنی (excoriation)



ہونے کا امکان ہے (angular catarrh: زاویائی نازلت) بعض حالتوں میں افراز طبعی مقدار سے بھی کم معلوم ہوتا ہے (dry catarrh: یا بس نازلت)۔

**موضوعی علامات (Subjective Symptoms)** اُسی قسم کے ہوتے ہیں جیسے کہ حادث صورت میں پائے جاتے ہیں: کھجلی، جلن، خشکی، ریت یا جسم غریب کا احساس (کھٹاک)، پپوٹوں میں بھاری پن کا احساس، روشنی کی کسی قدر حساسیت، اور آنکھوں کا جلد تھک جانا۔ یہ علامات رات کے وقت اور زیادہ شدید ہو جاتے ہیں۔

**محر۔** امراض چشم میں غالباً سب سے زیادہ عام یہی مرض ہے۔ یہ عموماً بالنگوں میں اور کبھی کبھی بوڑھوں میں واقع ہوتا ہے۔ اس کے طویل المدت ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

**پیمچیدگیاں (Complications)۔** جفنی التهاب (blepharitis) اکثر پایا جاتا ہے۔ نیچے کے پپوٹے میں ایکزیما اور تحتانی نقطہ دمی (inferior punctum) کی بروں گردیدگی (eversion) کا وقوع شاذ نہیں، اور بعض اوقات شترہ خارجی (ectropion) اور تقرح قرنیہ (corneal ulceration) بھی ہو جاتا ہے۔

**سبب اسباب۔** ممکن ہے کہ یہ حادث نازلت (acute catarrh) کا نتیجہ ہو۔ قرب و جوار کی صفائی کی ادنیٰ حالت نامناسب اور غیر صحیح ماحول، گندہ ہوا (ہجوم و ازہجام)، خراش اور ہوا (دھواں اور گرد و غبار) ناکافی نیند، دیر سے سونا اٹھنا، چڑھے اٹھنا، کثرتِ شرب نوشی، شترہ خارجی (ectropion) میں ملتحمہ کا کھلا رہنا، تعبِ چشم (eye-strain)



یعنی آنکھ پر زیادہ زور یا بار پڑنا، کثرت استعمال، مقامی خراش، مثلاً شکر منقلب یا اڑکاس الالہاب (trichiasis) مزمن التهاب چہرہ (chronic dacryocystitis) وغیرہ، ان سب کی وجہ سے مزمن نازلتی التهاب ملتحمہ پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ عموماً دو جانبی ہوتا ہے، لیکن جب مقامی مخدشات (local irritants) کے اثر سے ہو تو ممکن ہے کہ ایک جانبی ہو۔

علاج - التهاب کے سبب کو دور کرنے کی کوشش کرنی چاہئے۔

مقامی طور پر حابس محلولات (astringent solutions) [زنک (جست)، بوریکس (سہاگہ)، آیلیم (شپ، پھٹکری)، ٹینک ایڈ (حافظ لعفص)، سلورنائٹریٹ یا ایڈگرین فی ڈرام] - یلو آکسائیڈ (yellow oxide) اور آیمونیٹڈ مرکبوری (ammoniated

mercury) کے مرہم۔ سلورنائٹریٹ ایک فیصدی پتھوں کو الٹا کر ان پر ہفتہ میں ایک بار برش سے (پھیری کے طور پر) لگایا جائے یا کبھی کبھی پھٹکری (آیلیم) یا توتیاے سبز کا قلم (sulphate of copper stick)

استعمال کیا جائے۔ پتھوں کی کوروں پر رات کے وقت ملطف مرہم (bland ointments) لگائے جائیں، تاکہ وہ باہم چپکنے نہ پائیں اور

ان میں انسحاجات (excoriations: پوست کنی) نہ پیدا ہوں۔ جیسا کہ دوسرے تمام مزمن نازلتی امراض میں کیا جاتا ہے، مزمن نازلتی التهاب ملتحمہ میں بھی ادویہ کو وقتاً فوقتاً بدلتے رہنا چاہئے۔

ملتحمی تجسیدات (Conjunctival Concretions) بعض اوقات دیکھنے میں آتی ہیں، بالخصوص بوڑھے اشخاص میں۔ یہ ملتحمہ کے نیچے چھوٹے چھوٹے چکرار زردی مائل یا سفیدی مائل نقطوں کی طرح نظر آتی ہیں۔ دراصل یہ



ملتحمہ کے نالی مناشیبوں (Heal's glands) کے اندر کے وہ اجتماعات ہیں جو نشا آسا (amyloid) مادے اور قلموں سے بنتے ہیں۔ اس حالت کو بعض اوقات حصائیت ملتحمہ (lithiasis conjunctivæ) کہتے ہیں، مگر ان تجمیدات (جماؤں) میں کیلسیئم نہیں موجود ہوتا۔ بعض اوقات یہ سطح میں سے اوپر ابھرتی ہیں اور اجسام غریبہ (foreign bodies) کی طرح عامل ہو کر تکلیف پیدا کر دیتی ہیں۔ ایسی صورت میں سطحی بے حسی پیدا کرنے کے بعد انھیں سوئی یا چاقو کی نوک سے اٹھا کر نکال دینا چاہئے۔

### زاویئی التهاب ملتحمہ (Angular Conjunctivitis)

ایک تحت الحاد یا مزمن التهاب ہے، جو موریکس ایکسن فیلڈ کے مزدوج عصیہ (Morax-Axenfeld diplo-bacillus) کے سبب سے پیدا ہوتا ہے اور عموماً جوانوں میں ہوا کرتا ہے۔ حنفی ملتحمہ اور حنفی حاشیئے سرخ اور متورم ہو جاتے ہیں، بالخصوص زاویوں کے مقام پر (اسی واسطے اس مرض کو زاویئی التهاب کے نام سے منسوب کیا گیا ہے)۔ مریض سوزش، کھجلی اور آنکھ میں ریت جیسے احساس (کھٹک) کی شکایت کرتا ہے صبح اٹھنے پر ممکن ہے کہ تھوڑے چکٹ مواد سے ملکیں باہم چپکی ہوئی ہوں، زینک سلفیٹ (zinc sulphate) (۲۰ گرین فی اونس) یا زینک کلورائیڈ (zinc chloride) (۱۰ گرین فی اونس) کے قطور یا چشم شوئے (collyria) اس مرض کے لئے تقریباً ایک خاص یا شافی دوا (specific) کا حکم رکھتے ہیں۔ عضال مزمن حالتوں (obstinate chronic cases) میں مندرجہ ذیل ایک مفید نسخہ ہے: ہائڈرا رچ آکسی سیانائیڈ



(hydrarg.oxycyanid.) ۱۰ اکرین، زنک سلفیٹ، اکرین، آب کشیدہ (aq.distil.) ۲۰ اونس۔ اسے ایک مغفیل چشم (eye-bath) کے اندر روزانہ تین یا چار بار استعمال کریں۔

قطرہ یا چشم شویے (Collyria)۔ ان کے استعمال کے مناسب طریقوں کے متعلق ملاحظہ ہو صفحہ 455۔ ان سے واقف ہونا ضروری ہے، کیونکہ ملتحمی امراض کے علاج میں ناکامی کا سبب اکثر یہی ہوتا ہے کہ ان ادویہ کو مناسب طریقہ سے نہیں استعمال کیا جاتا۔

## جُرَابِی الہتَابِ ملتحمہ

(FOLLICULAR CONJUNCTIVITIS)

اس مرض کو، جو جُرَابِی نازلت (follicular catarrh) کے نام سے بھی مشہور ہے، نازلتی الہتَابِ ملتحمہ (catarrhal conjunctivitis) کی ایک دیرپا اور دشوار علاج قسم شمار کیا جاسکتا ہے، جس میں نیچے کے پپوٹے پر 'جُرَابَات' ('follicles') پائے جاتے ہیں (کل ۱۱۹ صفحہ ۱۰)۔

معروضی علامات (Objective Symptoms)۔ اُن ظواہر کے علاوہ جو نازلتی الہتَابِ ملتحمہ میں پائے جاتے ہیں، نیچے کے پپوٹے کے ملتحمہ پر مختلف التعداد چھوٹے چھوٹے، پھیکے پیلے رنگ کے گول دانے موجود ہوتے ہیں۔ یہ تقریباً ایک الپین کے سر کے برابر ہوتے ہیں۔ اگر یہ بہت سے ہوتے ہیں تو قطاروں میں مرتب پائے جاتے ہیں۔ یہ قبوہ (fornix) میں یا اُس کے نزدیک نہایت کثرت سے ہوتے ہیں کبھی کبھی اوپر کے پپوٹے میں بھی چند دانے پائے جاتے ہیں۔ یہ جُرَابَات غدہ آسابافت



(adenoid tissue) کے چھوٹے چھوٹے تودوں پر مشتمل ہوتے ہیں چنانچہ اس خصوص میں ان کا خوردبینی منظر حشر (trachoma) یعنی لکڑوں یا روہوں کے منظر سے مشابہ ہوتا ہے۔

موضوعی علامات (Subjective Symptoms) نازلی

التهاب ملتحمہ (catarrhal conjunctivitis) کے علامات سے مماثل ہوتے ہیں۔ بہت سی حالتوں میں مریض کسی علامت کی شکایت نہیں کرتے اور دانوں کی موجودگی کا انکشاف محض اتفاقی طور پر ہوتا ہے۔

فکر۔ یہ مرض حاد یا مزمن ہو سکتا ہے۔ بہر صورت اس کا ممر عضل

(obstinate) یعنی دیر پا اور دشوار علاج ہوتا ہے۔ مزمن حالتوں میں ممکن ہے کہ یہ جراثیمات (دانے) مہینوں بلکہ برسوں قائم رہیں بعض اوقات

بالخصوص حاد حالتوں میں جراحی نازلت (follicular catarrh)

اور جنبیبی (حشری) التهاب ملتحمہ (granular conjunctivitis)

میں فرق کرنا مشکل ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ ہمیں قطعی طور پر فیصلہ کر نیکی لے

کئی ہفتوں کے علاج کے نتیجہ کا انتظار کرنا پڑے۔ اس مرض میں جراثیمات

(دانے) تھوڑی مدت کے بعد غائب ہو جاتے ہیں جس کے بعد ملتحمہ طبعی حالت پر

پایا جاتا ہے، علاوہ ازیں یہ جراثیمات (دانے) بالخصوص نیچے کے پپوٹے کو

ماؤف کرتے ہیں۔ بخلاف اس کے حشر (trachoma) یعنی لکڑوں میں

ملتحمہ مستقل اور دائمی تغیرات واقع ہوتے ہیں، اور جب دانے صرف

ایک ہی پپوٹے میں محدود ہوتے ہیں تو عموماً اوپر کا پپوٹا ہی ماؤف ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ مرض اکثر و بیشتر بچوں اور نوجوانوں میں

ہوتا ہے۔ اکثر اوقات یہ مدارس اور آسنا (asylums) میں پایا جاتا ہے۔



اس کا حقیقی سبب یقینی طور پر معلوم نہیں۔ بعض حالتوں میں تصدیق (contagion) اس کا باعث معلوم ہوتا ہے۔ غیر صحت بخش ماحول اور خاص کر خانہ نشینی کی زندگی اس کے اسباب مُعدہ (predisposing causes) معلوم ہوتے ہیں۔ نازلتی التهاب ملتحمہ (catarrhal conjunctivitis) کے مختلف اسباب اس کے لئے اسباب محرک کا کام دیتے ہیں اور ایٹروپین (atropine) اور ایسیرین (eserine) کا اثر بھی ایسا ہی ہوتا ہے۔

علاج۔ اس کا علاج وہی ہے جو حاد اور مزمن نازلتی التهاب ملتحمہ کے لئے درج کیا گیا ہے۔ عمومی صحت میں اگر کوئی خلل ہو تو اسکی اصلاح کر کے ایسے بچوں کو بہترین صحتی ماحول میں رکھنا بالخصوص اہم اور ضروری ہے۔ مقامی طور پر ملتحمی تاجہ (conjunctival sac) میں یلو آکسائیڈ آف مرکریوری (yellow oxide of mercury) کا مرہم لگانا ایک پسندیدہ علاج ہے۔ نائٹریٹ آف سیلور کے ایک فیصدی محلول کا گاہے گاہے استعمال بھی کارآمد ہو سکتا ہے۔ جب مریض کو کسی علامت کی شکایت نہ رہے مگر جراثیم (دافے) پھر بھی باقی رہیں تو آب آن کو اسی طرح سے ہنسنے دینا چاہئے اور علاج موقوف کر دینا چاہئے۔

## ریمی التهاب ملتحمہ

110

یہ حاد ریمی (پیپ دار) التهاب ہے، جو سوزا کی قشب (gonorrhoeal virus) کے تعدیہ کے سبب سے پیدا ہو جاتا ہے۔ متعدی عناصر گانوکائی (gonococci: سوزا کی نبتا) ہیں (Neisser)۔



یہ نبتات سوزا کی افراز میں موجود ہوتے ہیں، ریخی نبتیات (pus-cells) اور ملتحمی سرخلمہ (conjunctival epithelium) میں پائے جاتے ہیں، اور دُو دُو کی جوڑوں (diplococci: دو نبتیہ) میں مرتب، اور عام طور پر نوآبادیات (colonies) کی صورت میں واقع ہوتے ہیں (شکل ۱۰۹، صفحہ ۹)۔ اس مرض کو ملتحمہ کا عارضہ مخاطی جریان (acute blennorrhoea of the conjunctiva) بھی کہتے ہیں

سیریری اقسام (۱) بالغی ریخی التهابِ ملتحمہ (adult purulent conjunctivitis) یا رمدِ سوزا کی یا سوزا کی التهابِ ملتحمہ (gonorrhoeal ophthalmia or conjunctivitis) - (۲) رضیعی ریخی التهابِ ملتحمہ (infantile purulent conjunctivitis) یا رمدِ سوزا کی یا رمدِ سوزا کی (ophthalmia neonatorum) جو نوزائیدہ بچوں میں واقع ہوتا ہے

## رمدِ سوزا کی یا بالغی ریخی التهابِ ملتحمہ

(GONORRHOEAL OPHTHALMIA OR ADULT

(PURULENT CONJUNCTIVITIS)

علامات - پملا درجہ، درریش - ایک ماہ حضانت کے بعد جو چند گھنٹوں سے لیکر دو یا تین دن کی مدت کا شدید حالتوں میں اور بھی کم) ہوتا ہے، پیوٹوں میں بہت ورم اور سرخی پیدا ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے وہ بالارادہ کھولے تک نہیں جاسکتے اور بدقت تمام ایک دوسرے سے جدا کئے جاسکتے ہیں۔ پیوٹوں اور قبوہ (fronix) کا ملتحمہ نہایت متورم، سرخ، اور ناہموار ہو جاتا ہے۔ یعنی ملتحمہ میں تہیج



(chemosis) ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے وہ قرنیہ کے گرد اگرد پھول جاتا ہے۔ افراز ابتداءً مصلی (serous) کسی قدر خون آلود اور قدرے پیپ دار ہوتا ہے۔ آنکھ کو چھونے سے اُس میں درد ہوتا ہے۔ مریض کو آنکھ میں درد، جلن اور گرمی کا احساس ہوتا ہے اور اُس کی بھوؤں اور کنپٹی میں دھیمہ مستمردرد (dull aching pain) ہوتا ہے۔ کسی قدر بنیادی اختلال (constitutional disturbance) 'خفیف سی تب' اور پیش اذنی غدہ (pre-auricular gland) کا کچھ ورم بھی ہو جاتا ہے۔ یہ درجہ تقریباً دو روز تک رہتا ہے اور اس کے بعد دوسرا درجہ شروع ہوتا ہے۔

دوسرا درجہ 'ریعی مواد کا درجہ' (The Stage of Purulent Discharge) ہے۔ پوٹوں اور ملتحمہ کا ورم اور تہج (chemosis) کم ہو جاتا ہے اور آنکھ نسبتاً کم الیم (tender) ہو جاتی ہے۔ نہایت کثیر المقدار اور ریعی مواد ظاہر ہو کر پوٹوں کے درمیان سے مسلسل نکلتا رہتا ہے۔ یہ حالت دو تین ہفتوں تک جاری رہتی ہے اور تمام علامات بتدریج کم ہوتے جاتے ہیں۔

تیسرا درجہ 'نقیہیت' (Convalescence) یا حلیمی ورم (Papillary Swelling) کا ہے۔ ممکن ہے کہ دو تین ہفتوں میں آنکھ اپنی معمولی حالت پر آجائے، مگر زیادہ اکثر ایک درجہ حلیمی ورم کا بھی ہوتا ہے جس میں پوٹوں میں ایک مزمن التهاب واقع ہوتا ہے، جفنی اور پس غضروفی ملتحمہ (retrotarsal conjunctiva) دبیز اور سرخ رہتا ہے، اور بالخصوص غضروف جفنی (tarsus) کے اوپر کا ملتحمہ ناہموار دانہ دار یا مٹی منظر



پیش کرتا ہے، اور عینی طخّمہ (ocular conjunctiva) میں بیش موت (hyperaemia) پائی جاتی ہے۔

فکر - مرض کی شدّت مختلف درجہ کی ہوتی ہے۔ سب سے زیادہ خفیف وہ حالتیں ہوتی ہیں جن میں سرایت خفیف سی ہو یا جن میں اکتساب مرض سوزاک کہنہ (gleet: جریان) سے ہوا ہو۔ نہایت شدید حالتیں غالباً وہ ہوتی ہیں جن میں اکتساب مرض نہایت قشبی (زہریلے) سوزاک کے

افراز کے تعدیہ کے ذریعہ ہوا ہو بالخصوص جبکہ تلوث (آلودگی) ایسے سوزاک کے ابتدائی درجوں میں واقع ہوا ہو۔



بحث اسباب - یہ مرض

ہمیشہ سوزاکی افراز کی سرایت سے حاصل ہوتا ہے، جس میں سوزاکی قشب (virus) اعضاء تناسل سے مریض کی انگلیوں کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے یا بالواسطہ طور پر تولیوں وغیرہ کے ذریعہ سے۔ آجکل یہ برطانیہ میں کم پایا جاتا ہے۔

شکل ۱۱۵ - تبج طخّمہ (Chemosis of the Conjunctiva)

پیچیدگیاں (Complications) - ایک نہایت کثیر الوقوع اور

اہم پیچیدگی تقریح قرنیہ (corneal ulceration) ہے۔ یہ ایک محدود المقام رمادی مائل رنگ کی درریش (infiltration) سے شروع ہوتا ہے، جو ازاں بعد زرد ہو کر پھوٹ پڑتی ہے اور اس کا نتیجہ ہوتا ہے کہ



قرحے (ulcers) بن جاتے ہیں۔ یہ قرحے اپنے محل وقوع، حسامت اور مرکز کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ چنانچہ وہ مرکزی (central) یا حاشیائی (marginal) ہو سکتے ہیں۔ حاشیائی قرحے باہم مل کر ایک حلقہ دار قرحہ (annular ulcer) بنا سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ قرحے سوراخ (انثقاب) کر دیں، اور اس کے بعد "انحباس قرحیہ" (incarceration of the iris) واقع ہو کر یا اس کے بغیر انداب (cicatrization) واقع ہو جائے یا عنبہ (staphyloma) اور تقرح قرنیہ کے دیگر عواقب رونما ہوں۔ التهاب کل العین (panophthalmitis) بھی اسکا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ شدید حملوں میں قرنیہ کا شدید طور پر اور جلد ہی مایوف ہو جانا نہایت عام ہے۔ ایسی حالتوں میں آنکھ کو خطرناک اور دائمی نقصان پہنچنا نہایت عام ہے۔

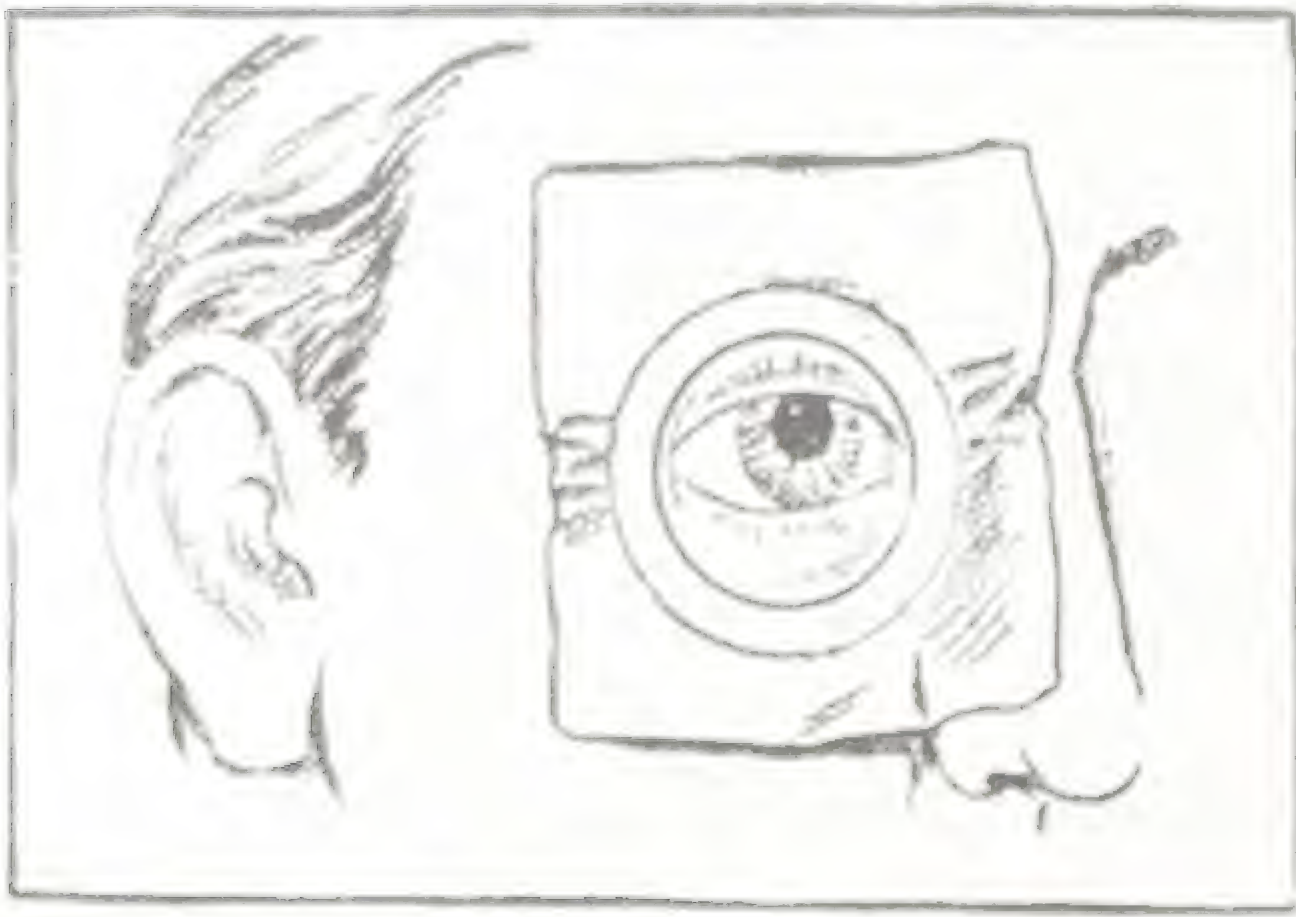
انذار (Prognosis) کا انحصار مرضی حالت کی شدت اور قرنیہ کے طرز عمل (behaviour) پر ہے۔ انذار ہمیشہ خطرناک ہوتا ہے۔

علاج۔ حفظ مالتقدمی۔ اس امر کی سخت احتیاط رکھنی چاہئے کہ امتحان اور علاج کے دوران میں مواد اچھل کر معالج نرسوں، تیمار داروں اور خدمتگزاروں کی آنکھوں میں سرایت نہ پیدا کرنے پائے۔ جب کبھی اس خطرہ سے دوچار ہونے کا موقع ہو تو حفاظتی عینکیں لگالینا چاہئے۔ آلودہ انگلیوں کا ازالہ، سرایت (disinfection) احتیاط کے ساتھ کرنا ضروری ہے۔ جو چیزیں آنکھ صاف کرنے کے لئے استعمال میں لائی گئی ہوں انھیں جلا دینا چاہئے۔

بکر کا چشم پوش (Buller's shield) (شکل ۱۱۶) لگا کر غیر متاثر آنکھ کو سرایت سے محفوظ رکھنا چاہئے۔ یہ چشم پوش ایک گھڑی کے شیشے پر



مشتمل ہوتا ہے، جسے ناک کے پہلو، گال، اور پیشانی پر لصق (adhesive plaster) (چپکنی پٹی) چپکا کر اپنی جگہ پر قائم کر دیا جاتا ہے۔ جلد اور لصقہ (پلستر) کے مقام اتصال کو کلوڈین (collodion) کی تہ جما کر تہرہ (sealed) کر دیا جاتا ہے۔ شیشہ کے مرکزی حصے پر پٹی نہ چپکانی جائے بلکہ اُسے کھلا رکھا جائے تاکہ آنکھ کے معائنہ میں آسانی ہو۔ اسی طرح شیشہ کے بیرونی حاشیہ کے کچھ حصے کو عموماً



آزاد چھوڑ دیا جاتا ہے تاکہ ہوا داخل ہو سکے اور شیشہ سے ڈھکی ہوئی آنکھ کو آرام ملے۔  
درجہ اول کا  
علاج - سوزاکی نبقی جدرین  
(gonococcal vac -

cine) کا شراب یا عضلات الویہ  
شکل ۱۱۶ - بکر کا چشم پوش (Buller's shield)  
(glutei) کے اندر کسی جنبی

پروٹین (مثلاً مکعب سنٹی میٹر عقیقہ دودھ (sterilized milk) کا اثرا  
جستہ جلد ممکن ہو کیا جائے۔ مقامی طور پر برفانی زقاد (iced compresses)  
مسلل دن رات استعمال کئے جائیں۔ آنکھ کو احتیاط سے صاف  
کیا جائے اور افراز (مواد) کو، جیسے ہی کہ وہ پہنچے، جلد از جلد صاف کیا جائے۔  
جب مواد بہت کثیر المقدار ہو تو اُسے ہر پاؤ گھنٹے یا آدھے گھنٹے بعد صاف  
کرنے کی ضرورت ہوگی۔ اس غرض کے لئے بورک ایسڈ کا سیرشدہ محلول  
(saturated solution of boric acid) بہت زیادہ استعمال



کیا جاتا ہے۔ اس محلول سے جاذب روئی (absorbent cotton) کے ایک پچایہ کو خوب شرابور کر کے اسے پوٹوں کے درمیان سے ٹپکا یا جائے۔ پھر اس افراز کو جو دھلک رہا ہو اٹھایا جائے، آہستہ سے پوٹوں کے حاشیوں پر سے پونچھ لیا جائے۔

برفانی رفا دوں کو شروع میں تو مسلسل استعمال کیا جاسکتا ہے، لیکن جب پوٹوں کی تنیدگی اور ان کی سرخ اور متورم حالت میں کمی واقع ہو جائے تو بروڈت (ٹھنڈک) کا استعمال کم کر دیا جائے اور سرد رفا دے ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے استعمال کئے جائیں۔ حد سے زائد تبرید (refrigeration) سے بھی قرنہ کے تغذیہ میں مداخلت ہو جاتی ہے۔ لہذا جب قرنہ بھی ماؤف ہو تو ٹھنڈک کی مقدار کو احتیاط کے ساتھ جانچتے رہنا چاہئے تاکہ وہ حد سے زائد نہ ہونے پائے۔ بعد کے درجوں میں جب ورم خفیف سا ہو اور قرنیہ در ریش (corneal infiltration) یا تقرح (ulceration) موجود ہو تو گرم لاسقے (hot applications) استعمال کئے جاسکتے ہیں، تاکہ اس حصہ میں خون کا بہاؤ تیز ہو اور اس سے اس کے تغذیہ میں ترقی ہو۔

113

دوسرے مصفی اور دافع عفونت (antiseptic) محلول بھی استعمال کئے جاسکتے ہیں؛ مثلاً فرکیوری پرکلورائیڈ (۱: ۲۰۰۰ تا ۱: ۱۰۰۰۰)، ہائیڈروجن پراکسائیڈ (یک حجمی) پرمینگنیٹ آف پوٹاشیم (۱: ۵۰۰)، آرجرال یا پروٹارگال کے ۵ فیصدی محلول کے چند قطروں کا ہر گھنٹے

۱۔ mercury perchloride ۲۔ hydrogen peroxide (1 volume)

۳۔ permanganate of potassium ۴۔ argyrol ۵۔ protargol



اِقطار (instillation) بھی مناسب ہے۔

ابتدائی درجہ میں، اگر مرض بہت شدید ہو تو ۳ تا ۶ بجوں (leeches) مناظر (اُسی جانب کی) کنپٹی پر لگا دینا بھی مفید ہو سکتا ہے۔ بعض اوقات تناؤ اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ پیوٹوں کا جدا کرنا مشکل ہو جاتا ہے، اور اس وجہ سے آنکھ صاف نہیں کی جاسکتی، اور مزید برآں اُن کے جدا کرنے میں گرہ چشم پر مضرت رساں دباؤ پڑنے کا احتمال ہوتا ہے۔ ایسی حالتوں میں ممکن ہے کہ بیرونی ماق کو قطع کر کے انشقاقِ جفنی (palpebral fissure) کو چوڑا کرنے (عارضی ماق شگافی: temporary canthotomy، صفحہ ۶۶) کی ضرورت لاحق ہو۔

ما بعد درجوں کا علاج۔ جب پیوٹوں کا ورم اور ہست ناک منظر باقی نہ رہے، اور اخراج (مواد) کم ہونے لگے تو پیوٹوں کو آلٹ کر بروں گردیدہ ملغمہ پر نائٹریٹ آف سلور (nitrate of silver) کا ۱ یا ۲ فیصدی محلول برش (پھیری) سے دن میں ایک بار لگا دیا جائے۔ اگر قرنیہ ماؤف ہو تو بھی یہ عمل کیا جاسکتا ہے، اور اسے مریض کے اچھے ہونے تک، یا تھوڑے زمانہ تک جب تک کہ حلیمی ورم (papillary swelling) باقی رہے، جاری رکھا جائے۔

دوا لگانے کے بعد ہر بار آنکھ کو گرم پانی سے دھو کر فاضل کا سٹک (caustic: کاوی دوا) کو نکال دینا چاہئے تاکہ قرنیہ متاثر نہ ہونے پائے۔

اس کے بعد اگر آب سلور اپنا مفید اثر نہ جاری رکھے تو ہم گلیسرل آف ٹینن (glycerole of tannin) (۵ تا ۱۰ فی صدی) یا پھسکری کا قلم

(alum-stick) یا توتیا سبز کا قلم (sulphate of copper pencil)



دن میں ایک بار لگا سکتے ہیں۔

قرنیہ کی پیچیدگیوں کا علاج سرایت زدہ قروح قرنیہ (infected corneal ulcers) کے علاج کے مانند ہوتا ہے، جس کا بیان آئندہ باب میں آئے گا۔

## رمدِ نومولود یا ریمی الری الہتباب ملتحمہ

(OPHTHALMIA NEONATORUM OR INFANTILE PURULENT CONJUNCTIVITIS)

یہ ایک عارضی الری الہتباب ملتحمہ ہے جو نوزائیدہ بچوں میں زندگی کے پہلے تین ہفتوں کے اندر واقع ہوتا ہے۔ اس کے علامات، پیچیدگیاں اور ممر وہی ہیں جو بالٹوں کے سواکی رمد (gonorrhœal ophthalmia) میں پائے جاتے ہیں، اور علاج بھی اُسی طرح کیا جاتا ہے۔ یہ مرض برطانیہ عظمیٰ میں واجب الاطلاع (notifiable) قرار دیا گیا ہے (شکل ۱۱۸، صفحہ ۱۰)۔ علامات - زمانہ حضانت وہی ہوتا ہے جو بالٹوں میں ملتا ہے۔ ابتدائی علامات عموماً پیدائش کے دوسرے یا تیسرے دن رونما ہو جاتے ہیں۔ جب حملہ مرض اس کے بعد شروع ہو تو سمجھنا چاہئے کہ سرایت بچہ کی پیدائش کے بعد واقع ہوئی ہے۔

علامات اُسی قسم کے ہوتے ہیں جیسے کہ سوزاکی رمد میں پائے جاتے ہیں، لیکن اتنے شدید نہیں ہوتے، اور زیادہ تر جفنی (palpebral) اور پس غضروفی (retrotarsal) ملتحمہ تک محدود رہتے ہیں۔ عموماً دونوں آنکھیں ماؤف ہوتی ہیں۔ قرنیہ نسبت بہت کم مریضوں میں ماؤف ہوتا ہے



بالخصوص جبکہ مرض کا علاج شروع سے ہی کیا گیا ہو۔ اگر مریض کو قرنئیہ کے موقوف ہونے سے پہلے ہی دیکھ لیا گیا ہے اور مناسب تدابیر اختیار کر لی گئی ہیں تو یہ حصہ (قرنیہ) آٹلاف یا خطرناک مضرت سے اکثر محفوظ رہ جاتا ہے۔ اسی واسطے جب علاج ابتداء مرض میں اور مناسب طریقہ سے کیا جاتا ہے تو انداز (prognosis) عموماً امید افزا ہے۔

بحثِ اسباب۔ دورانِ زچگی میں ماں کے اعضاء تناسل سے سوزا کی افراز سے سرایت کا وقوع۔ شاذ حالتوں میں پیدائش سے پہلے ہی سرایت واقع ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات سرایت بچہ کی پیدائش کے بعد واقع ہوتی ہے، بذریعہ اُن اسفنجوں (پھیالیوں) 'رومالوں'، تولیوں، یا نرس کی انگلیوں کے جن سے ماں کے اعضاء تناسل کو چھوا گیا ہو۔

ان حالتوں کی غالب تعداد بلاشبہ سوزاک کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ لیکن بعض حالتیں سادہ نازلتی (غیر سوزا کی) افراز [simple catarrhal (non-gonorrhoeal) secretion] کی سرایت سے واقع ہو جاتی ہیں۔ ایسی سادہ حالتوں کا مخفیف (غیر شدید) ہوتا ہے، اور ان میں قروحِ قرنیہ (corneal ulcers) کی پیدائی نہیں واقع ہوتی۔

علاج۔ طحمتی تاچہ (conjunctival sac) کو ہر گھنٹہ گرم طبی محلول نمک (normal saline solution) سے یا پٹاسیم کلورائیڈ (potassium chlorate) کے گرم محلول (۱۰ گرین فی اونس) سے نطول (irrigate) کیا جائے۔ قرنیہ کے سرحد (corneal epithelium)



کو محفوظ رکھنے کے لئے وِسلین (vaseline) لگا دینا چاہئے۔ ورم اور سرخی کم ہونے کے بعد اور اس وقت جبکہ مواد کی زیادتی میں کمی ہونا شروع ہو جائے، نائٹریٹ آف سلور (nitrate of silver) کا ایک فی صدی محلول پھیری سے لگایا جائے، اور یہ عمل خلیجی (papillary swelling) کے درجہ کے اختتام تک جاری رکھا جائے۔ اسے دن میں ایک بار لگانا کافی ہے، اور اس کے بعد فوراً گرم پانی سے نطول کیا جائے۔ دوسری نفع بخش دوائیں یہ ہیں: - حاد درجہ میں ہائیڈروجن پراکسائیڈ کے محلول نصف جمی ( $H_2O_2$  solution,  $\frac{1}{2}$  volume) سے ہر گھنٹے نطول کیا جائے اور مابعد درجہ میں زنک کلورائیڈ (zinc chloride) کے قطرے (ایگرین فی اونس) دن میں دو بار پکائے جائیں۔ اگر بیوٹوں کا ورم زیادہ ہو تو برف نہ رفات (iced compresses) لگائے جائیں لیکن اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ انھیں زیادہ دیر تک مسلسل نہ لگایا جائے، بلکہ سرخی اور ورم کم ہوتے ہی انکا استعمال موقوف کر دینا چاہئے کبھی باق شکافی (canthotomy) کی ضرورت ہوتی ہے۔ بالوں میں خود مریض کے احساسات ایک حد تک ہماری رہنمائی کرتے ہیں۔ چنانچہ جب گدیاں (pads) مریض کو ناخوشگوار معلوم ہونے لگیں (اور سرخی اور ورم کم ہونے پر ایسا ہی ہوتا ہے) تو ہم اُن کا استعمال کم کر دیتے ہیں۔ شیرخواروں میں ہم اُن کے احساسات سے مطلع نہیں ہو سکتے، لہذا ہمیں بہت احتیاط کرنی چاہئے کہ حد سے زائد تبرید (excessive cooling) ہے اُن کے قرنیہ کو مضرت نہ پہنچنے پائے، خصوصاً اُس وقت جبکہ قرنیہ درریز (corneal infiltration) موجود ہو۔ ایسی حالتوں میں بجائے سرد کے



حار رفاوات (hot compresses) استعمال کئے جاتے ہیں۔  
 قرنیہ کا امتحان روزانہ کرنا چاہئے۔ اگر کوئی قرعہ نظر آئے تو گھنٹہ  
 سے گرم غسولات (warm lotions) اور دن میں تین بار آسٹروپین کا  
 مرہم (ایپگرین فی صدی) استعمال کرنا چاہئے۔ علاج میں حد سے زائد  
 سرگرمی، مثلاً بہت زیادہ قوی دافع عفونت غسولات (بالخصوص پرکلورائڈ  
 آف مرکیوری) یا سلورنائٹریٹ کے محلول کا استعمال ممکن ہے کہ قرنیہ  
 کے لئے خطرناک مضریت کا باعث ہو جائے۔

بچہ کی عام صحت کی نگرانی ضروری ہے، کیونکہ کمزوری کی حالتیں  
 علاج کے تشفی بخش اثر میں مزاحم ہوتی ہیں اور قرنیہ میں پیچیدگیوں کے  
 امکان کو زیادہ کر دیتی ہیں۔ سوزاکی نبتی جدرینات (gonococcal  
 vaccines) بیکار فحش ہیں۔

کرڈے کا طریقہ حفظ ماتقدم (Credé's Method

of Prophylaxis) - رنڈنومولو (ophthalmia neonatorum)

کی روک تھام عملاً ممکن ہے اور آب چکی خانوں (lying-in hospitals)  
 اور خانگی مطب میں کرڈے کا طریقہ اختیار کرنے سے اس کا وقوع کم ہو گیا  
 ہے۔ یہ طریقہ یہ ہے کہ ولادت کے بعد فوراً ہی بچہ کی آنکھوں کو پانی سے  
 صاف کر کے دونوں آنکھوں میں نائٹریٹ آف سلور کے دو فیصدی  
 محلول کا ایک قطرہ ٹپکا دیا جاتا ہے۔ اس سے اکثر ایک یا دو دن تک  
 ملتحمہ میں خفیف سی سرخی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس دوا کا اثر یہ ہوتا ہے کہ اگر  
 ملتحمہ میں کوئی سوزاکی نبتہ (gonococcus) داخل ہو گیا ہے تو  
 اس کا قلع و قمع ہو جاتا ہے۔ وضع حمل سے پہلے ماں کی تہیل (vagina)



کو دافع عفونت نلچول (antiseptic irrigation) سے دھو ڈالنا

حفظ ماتقدم کا ایک مفید طریقہ ہے۔

نوزائیدہ بچہ میں نازلتی التهاب ملتحمہ (Catarrhal

Conjunctivitis in the New-Born) بعض اوقات نوزائیدہ

بچوں میں خفیف نازلتی التهاب ملتحمہ دیکھنے میں آتا ہے جو چند روز تک

جاری رہتا ہے۔ اس میں صرف بیش دمویت (hyperaemia) کی شدت

ورم اور قدرے مخاط نما مواد (mucoid discharge) پایا جاتا ہے۔

در اصل یہ زید نومولود (ophthalmia neonatorum) کی مثالیں

نہیں ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ ابتداء میں ہمیں شبہ ہو کہ کہیں یہ حالتیں ری

(purulent) تو نہیں ہیں؟ ایسی صورت میں قرین مصلحت (خطرے سے

خالی طریقہ) یہی ہو گا کہ تا وقتیکہ التهاب کی اصلی نوعیت کا یقین نہ ہو جائے

انھیں ایسا ہی سمجھا جائے۔ ایسی حالتوں میں مواد کے جرثومیاتی امتحان

سے قیمتی معلومات حاصل ہو سکتی ہیں۔

116

## غشائی التهاب ملتحمہ

(MEMBRANOUS CONJUNCTIVITIS)

یہ قسم شاذ ہے اور اس کا حملہ بچوں میں ہوتا ہے۔ اس کے دو اقسام

ہیں: (۱) ڈیفٹیریائی (diphtheritic) اور (۲) کروی (croupous)۔

یہ ذیلی تقسیم تشریحی اختلافات پر مبنی ہے، کیونکہ دونوں اقسام میں کلینکس

لافلر عصیہ (Klebs Loeffler bacillus) موجود یا غیر موجود ہو سکتا ہے

اور مقامی علامات کی شدت سے اس کا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ دونوں



قسموں کا فمَرِ خفیف یا شدید ہو سکتا ہے۔  
 دُفْتِجیرِ بانی الہتَابِ ملتحمہ میں کلیئس لافلرِ عصیہ عموماً موجود ہوتا ہے  
 گو ہمیشہ نہیں، بنیئی علامات (constitutional symptoms) شد  
 ہوتے ہیں، اور غشائی افراز جو سطح پر بنتا ہے جفنی ملتحمہ (palpebral  
 conjunctiva) کے جرم کے اندر بھی داخل ہو جاتا ہے۔  
 کروچی الہتَابِ ملتحمہ میں کلیئس لافلرِ عصیہ عام طور پر غیر موجود ہوتا ہے  
 بنیئی علامات نسبتاً بہت کم شدید ہوتے ہیں، اور افراز جفنی ملتحمہ کی  
 سطح پر تو ایک غشائی تہ بنا دیتا ہے مگر اُس کے جرم کے اندر داخل  
 نہیں ہوتا۔

## دُفْتِجیرِ بانی الہتَابِ ملتحمہ

(DIPHTHERITIC CONJUNCTIVITIS)

یہ ملتحمہ کا ایک حاد الہتَابِ ہے جسکے ساتھ ارتشاح (exudation)  
 اور درریش (infiltration) گرمی مواد کا اخراج، اور ماؤف بافتوں  
 میں تنخر (necrosis) کا رجحان ہوتا ہے۔  
 یہ مرض کسی قدر شاذ ہے اور بچوں میں ہوا کرتا ہے۔ یہ سرائیت کے  
 ذریعہ سے پھیلتا ہے۔ اس کے افراز میں عصیہ لافلر پایا جاتا ہے  
 (شکل ۱۱۰، صفحہ ۹) اور یہ افراز متعدی ہوتا ہے۔

علامات۔ پوٹے بہت زیادہ متورم، سرخ، گرم، اور الیم  
 (tender) ہوتے ہیں۔ پوٹوں اور قبوہ (fornix) کا ملتحمہ شدید طور پر  
 ملتب (inflamed) اور ایک بھورے زردی مائل ارتشاح سے ڈھکا ہوا



ہوتا ہے، جو ماتحت بافتوں میں بھی در رنجتہ ہوتا ہے۔ اس طریقہ سے پیوٹے سخت ہو جاتے ہیں اور اُلٹے نہیں جاسکتے۔ ارتشاح ضغطہ (دباؤ) پیدا کر دیتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ در رنجتہ حصوں میں غثت (sloughing) کا رجحان موجود ہوتا ہے۔ اس فائبرینی ارتشاح کے علاوہ ایک پتلا اور گدلا سیال بھی خارج ہوتا ہے۔ ان مقامی امارات (local signs) کے ساتھ ساتھ انبطاح (prostration) اور دُفْتھیر یا کی دوسری بنیعی علامات بھی پائی جاتی ہیں، اور اکثر جسم کے دوسرے حصوں میں مرض کے مقامی ظواہر موجود ہوتے ہیں۔

117

ایک ہفتہ کے اختتام پر ارتشاح، کچھ تو انجذاب کے ذریعہ اور کچھ تنخر اور غثت (necrosis and sloughing) کی وجہ سے غائب ہو جاتا ہے، کسی قدر جرم ضائع ہو کر وہ جگہ انگور (granulations) سے ڈھک جاتی ہے۔ اب افزہ زیادہ کثیر المقدار اور ریمی (پیپ) اور پیوٹوں کے استر کے نقائص بتدریج انداب پذیر (cicatryze) ہوتے ہیں، اور اس عمل سے مختلف تشوہات (deformities) یعنی بدشکلیاں پیدا ہو جاتی ہیں: مثلاً مقلی حقیقی التصاق (symblepharon)، ارتکاس الالہاب (trichiasis)، اور شترہ داخلی (entropion)۔ بعض اوقات تقرح قرنیہ (corneal ulceration) ہو جاتا ہے۔ جب دُفْتھیرِ یانی عمل زیادہ شدید ہوتا ہے تو قرنیہ خطرناک طور پر ماؤف ہو جاتا ہے اور اس کا نتیجہ ہمیشہ یہی ہوتا ہے کہ بصارت



جاتی رہتی ہے۔

انذار (Prognosis) بصارت کے اعتبار سے ہمیشہ خطرناک ہوتا ہے۔ جہاں تک زندگی کا تعلق ہے انذار کا انحصار بنیائی اثرات اور بچہ کی عام حالت پر ہوتا ہے۔

علاج۔ حفظ ما تقدی، معالج، نرس، اور مریض کے خدمت گزاروں کی حفاظت کے لئے انھیں احتیاطوں سے کام لینا چاہئے جن کا ذکر رد سوزا کی (gonorrhoeal ophthalmia) کے بیان میں کیا گیا ہے۔ یہ مرض متعدی (contagious) ہونے کے علاوہ ساری (infectious) بھی ہے۔ لہذا مریض کو علیحدہ رکھنے کا انتظام کرنا چاہئے اور دوسرے بچوں کو مریض کے پاس سے ہٹا دینا چاہئے۔ مریض کی دوسری آنکھ پر چشم پوش لگا دینا چاہئے۔

ماؤف آنکھ کا علاج۔ ہلکے وافع عفونت محلولات (بورکائیڈ، گروبو سبلیمیٹ) سے بہ احتیاط صاف کرتے رہنا چاہئے۔ رقادات بارہ (cold compresses) لگا سکتے ہیں، لیکن دوران خون کمزور ہونے کی وجہ سے ان کا استعمال احتیاط کے ساتھ کرنا چاہئے۔ تھوڑی مدت کے بعد ماری رقادات (hot compresses) استعمال کریں۔ جب ارتشاح (exudation) علیحدہ ہو جائے تو نائٹریٹ آف سلور کا ایک فیصدی محلول لگائیں۔ انداب (cicatrization) کے باعث پیدا ہونے والے عواقب (sequelae) کی روک تھام کی کوشش میں ہم پیوٹوں کو کمرہ چشم سے بار بار ہٹاتے رہتے ہیں، اور ایک بار ایک کپڑا (کٹان) کی دھجی پر کوئی ملطف مرہم (bland ointment) لگا کر اسکے



ذریعہ سے دونوں سطحوں کو ایک دوسری سے جدا رکھتے ہیں۔ تقریباً قرنیہ (corneal ulceration) کا علاج آئندہ باب میں بتلائے ہوئے طریقہ سے کرنا چاہئے۔

بہنشی علاج (Constitutional Treatment)۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ آنکھ کا یہ مرض محض ایک بہنشی مرض کا مقامی مظاہرہ ہے چنانچہ خناق کے عام علاج سے غافل نہ ہونا چاہئے۔ اس مقصد کے لئے ضد سم (antitoxin) کے اثرات نہایت مفید ہیں جن سے مقامی حالت کے ساتھ ساتھ عام حالت میں بھی بہت جلد اصلاح ہوتی ہے۔

## کروچی التهاب ملتحمہ باغیر خناتی غشائی التهاب ملتحمہ

118

(CROUPOUS CONJUNCTIVITIS OR NON-DIPHTHERITIC MEMBRANOUS CONJUNCTIVITIS)

یہ ایک قسم کا التهاب ہے جس میں ملتحمہ کی سطح پر ارتشاح کے بننے اور سخت ہو جانے کی وجہ سے ایک جھلی بنتی ہے۔ بانٹوں کے اندر درریش (infiltration) نہیں ہوتی۔ کروچی اور ڈفٹیریائی التهاب ملتحمہ کے درمیان یہی اصلی فرق ہے۔ لیکن ہے کہ جرثومیاتی استخوان سے مصیبت لافلر (Loeffler bacillus) اور دیگر دقیقہ ضویے (micro-organisms) ظاہر ہوں، اور یہ ان عضویوں سے مماثل ہوں جو ڈفٹیریائی غشا میں ملتے ہیں۔ لیکن یہاں وہ بہنشی علامات جو ڈفٹیریائی حالت میں پائے جاتے ہیں، نہیں موجود ہوتے۔

علامات نازلی التهاب ملتحمہ (catarrhal conjunctivitis)





شکل ۱۱۷—نازلتی التهاب ملتحمہ  
(Catarrhal conjunctivitis)



شکل ۱۱۸—رمد نومولود  
(Ophthalmia neonatorum)



شکل ۱۱۹—جراحی التهاب ملتحمہ  
(Follicular conjunctivitis)



شکل ۱۲۰—حتر (روغے یا ککریے)  
(Trachoma)



شکل ۱۲۱—نفیطی التهاب ملتحمہ  
(Phlyctenular conjunctivitis)



شکل ۱۲۲—برصلبیتی التهاب  
(Episcleritis)







کے ہوتے ہیں۔ جفنی ملتحمہ پر ایک فائبرینی غشاء بن جاتی ہے۔ جب اس ارتشاح کو کھینچ کر نکال دیا جاتا ہے تو ایک کچی سطح سامنے آ جاتی ہے جس میں دمی نقطہ (bleeding points) دکھائی دیتے ہیں۔ ایسے حالات میں جھلکی مکرر بن جاتی ہے۔

بحث اسباب۔ یہ التهاب میکافی کیمیائی یا حراری مُخَدِّشَات (irritants) کی وجہ سے یا مختلف دقیق عضویوں کے عمل سے پیدا ہو سکتا ہے۔ اول الذکر کی مثالیں نائٹریٹ آف سلور ٹرٹھے (acids) پگھلا ہوا سیمہ، حرقات (burns) اور عمومی تضررات ہیں۔

علاج۔ وہی جو نازلتی التهاب ملتحمہ کا ہوتا ہے۔ جیسے ہی کہ یہ معلوم ہو کہ اب غشاء میں مکرر بننے کا رجحان موجود نہیں ہے، نائٹریٹ آف سلور کے ایک فیصدی محلول کا لگانا مفید ہوتا ہے۔

## وانہ وار التهاب ملتحمہ روہے یا کمرے (حشر)

(GRANULAR CONJUNCTIVITIS, TRACHOMA, OR GRANULAR LIDS)

یہ ایک عموماً طویل المدت التهاب ہے، جس کے ساتھ ملتحمہ کا تضخم (hypertrophy) ہو کر دانے (گرے) بن جاتے ہیں اور بالآخر ندبی اتغیرات (cicatricial changes) رونما ہوتے ہیں انگلستان میں یہ سوائے اُن ہماجرین کے جو مشرقی یورپ سے آتے ہیں عام طور پر نہیں پایا جاتا۔ اس میں کم و بیش افراز (secretion) ہوتا ہے، جو متعدی ہوتا ہے۔ یہ مرض اپنی خطرناک پیچیدگیوں اور عواقب کے



لحاظ سے (جو بہت سی حالتوں میں جزئی یا کٹتی نابینائی پیدا کر دیتے ہیں) نہایت ہی اہمیت رکھتا ہے۔

موضوعی علامات (Subjective Symptoms)۔ کم و بیش نور ترسی (photophobia) 'مدمع' (اشک ریزی) 'کھجلی' اور طبعی کے احساسات 'جسم غریب' (foreign body) کی موجودگی کا احساس درد اور استبصاری اختلال۔ بہت سی حالتوں میں کوئی موضوعی علامت نہیں پائی جاتی۔

119

معروضی علامات (Objective Symptoms)۔ پپٹوں میں ورم، جفنی تشکاف (palpebral aperture) کا تنگ ہو جانا، اوپر کے پپٹوں کا لٹک پڑنا (بوجھ اور ورم کی وجہ سے)۔ مختلف المقدار مخاطمی ریمی مواد (muco-purulent discharge) کا اخراج، جو تازہ حالتوں میں زیادہ اور مزمن صورتوں میں کم ہوتا ہے۔ غضروفی اور قبوی ملتحمہ سرخ، دبیز، اور (تفخیم اور دانوں کی وجہ سے) نامعوار ہوتا ہے۔ یعنی ملتحمہ اکثر کسی قدر مشرب (injected) ہوتا ہے۔

اقسام۔ حشر (trachoma) یعنی روہوں کے مرض کے مختلف اقسام بیان کئے گئے ہیں۔ یہ یا تو (۱) سادہ حشر کے مختلف پیرخ طائر کرتی ہیں یا (۲) حشر کی ثانوی سرایتیں۔ چنانچہ ہم سادہ حشر کی تین قسمیں ممتاز کرتے ہیں: (۱) حلیمی (papillary) (۲) جلیبی۔ یعنی دانہ دار (granular) اور (۳) مخلوط (mixed)۔

۱۔ حلیمی قسم (Papillary Form)۔ ملتحمہ بہت موٹا ہو جاتا ہے اور اس پر کثیر التعداد چھوٹے چھوٹے آبجاس (papillae: حلیمات)



نظر آتے ہیں جنکی وجہ سے وہ ایک مغلّی منظر پیش کرتا ہے۔ اگر یہ حلیمات (اُبھار) زیادہ بڑے ہوتے ہیں تو ایک دانہ دار منظر پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ قسم صرف غضروفی ملتحمہ کو، اور علی العموم صرف اوپر کے پوٹے کو، ماؤف کرتی ہے۔ حلیمات (papillæ) اس طرح پیدا ہوتے ہیں کہ متضخم (hypertrophied) ملتحمہ میں چٹائیں (folds) پڑ جاتی ہیں۔ ان چٹائیوں پر سرِ علمہ زیادہ ہو جاتا ہے اور ان کا اندرونی حصہ جو اتصالی بافت (connective tissue) پر مشتمل ہوتا ہے، غلیّات سے درِ نخیتہ (infiltrated) ہو جاتا ہے۔ یہ سادہ حشر (simple trachoma) کا پہلا درجہ ہوتا ہے۔

۲۔ حبیبی یعنی دانہ دار قسم (Granular Form) میں حشری دانوں کا غلبہ ہوتا ہے (شکل ۱۲۰، صفحہ ۱۰)۔ یہ رمادی مائل یا زردی مائل رنگ کے گول نیم شفاف اجسام ہوتے ہیں، جو ملتحمہ کے اندر سے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ دانے چھوٹے اور گول گول، یا بڑے اور تولول نما (wartly)، یا چپٹے اور رس دار (succulent) ہوتے ہیں۔ یہ خاص کر قبوہ (fornix) میں پائے جاتے ہیں، اور جب تعداد میں بہت ہوتے ہیں تو قطاروں میں مرتب ہوتے ہیں۔ غضروفی ملتحمہ میں ان کی تعداد نسبتاً کم ہوتی ہے، نیز یہ یہاں نسبتاً چھوٹے اور کم نمایاں ہوتے ہیں کیونکہ حلیمات ان کو چھپا دیتے ہیں۔ کبھی کبھی حشری دانے ہلالی دہراؤں (semilunar folds) اور بصلی ملتحمہ (bulbar conjunctiva) پر بنتے ہیں۔ یہ دانے لمبی جسیمات کے گول اجتماعات ہیں جو اتصالی بافت کی جال میں ہوتے ہیں، اور اس طرح یہ اس منظر سے



مشابہت رکھتے ہیں جو ہمیں آنٹوں کے اندر پتے پر کی چکیتوں (Peyer's patches) میں نظر آتا ہے۔ ممکن ہے کہ کہنہ حالتوں میں انہیں ایک مکمل کیسہ (غلاف) بھی موجود ہو۔ یہ سادہ حشر کا دوسرا درجہ ہے۔

120

۳۔ مخلوط قسم میں یہ دونوں درجے عموماً ایک ساتھ پائے جاتے ہیں، مگر یہ بھی ممکن ہے کہ یہ جدا جدا واقع ہوں۔ حلیات جفنی ملتحمہ میں زیادہ نمایاں، اور دانے قبوات میں زیادہ نمایاں ہوتے ہیں۔ تیسرا درجہ انداب (cicatrization) کا ہے اور یہ بھی اکثر سابقہ دو درجوں کے ساتھ ساتھ پایا جاتا ہے۔ یہ حشر (گروں) کو اچھا کر دیتا ہے۔ اس میں حلیات اور دانے تو غائب ہو جاتے ہیں مگر ملتحمہ کی طبعی حالت بحال نہیں ہوتی، کیونکہ اندابی تغیرات اور انقباض کی وجہ سے بالآخر بعض عواقب (sequelæ) پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان عواقب کی خطرناک اہمیت کا انحصار مرضی عمل کی شدت پر، تضخم (hypertrophy) کی مقدار پر، اور مابعد انداب پر ہوتا ہے۔ غضروفی ملتحمہ میں یہ اندابی عمل تنگ سفیدی مائل بند (دھاریاں) اور ندبات (scars) (شکل ۱۳۵، صفحہ ۱۱) اور بعض اوقات ایک جال پیدا کر دیتا ہے۔ ترقی یافتہ اور شدید حالتوں میں ممکن ہے کہ تمام سطح پر ایک پیلی اور چکنی اندابی جھلی بن جائے۔ قبوہ (fornix) میں انداب کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ ملتحمہ ایک پیلی نیلگوں اور سفیدی مائل جھلی میں متبدل ہو جاتا ہے، اور انقباض واقع ہونے کی وجہ سے برزخی دھراؤ (transition fold) چھوٹا یا غائب ہو جاتا ہے۔



چوتھا درجہ، پیچیدگیوں کا ہوتا ہے۔ یہ پیچیدگیاں یا تو قرنیہ پر حشر (روہوں) کا حملہ ہو جانے کی وجہ سے، یا پچوٹوں اور ملتحمہ میں ندبی بافت کے انقباض کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہیں۔

سریری اقسام - سریری اعتبار سے حشر (trachoma) ثانوی سرایتوں کے باعث متعدد اقسام پیش کرتا ہے۔ کبھی کبھی مرض کا حملہ حاد ہوتا ہے، جس میں نمایاں التهابی علامات ہوتے ہیں اور بکثرت ربی مواد خارج ہوتا ہے۔ ایسی حالتیں ربی التهاب ملتحمہ (purulent conjunctivitis) سے مشابہ ہوتی ہیں۔ افراد میں سوزا کی نبتات (gonococci) اور میلوپور حشری دانوں (trachoma granules) کے ملنے سے تفریق مرض میں مدد ملتی ہے، لیکن بعض اوقات ورم اسقدر ہوتا ہے کہ دانوں کو چھپا دیتا ہے۔ ایسی صورت میں ممکن ہے کہ ہمیں تشخیص کا صحیح فیصلہ کرنے سے پہلے چند روز انتظار کرنا پڑے تاکہ ورم کسقدر کم ہو جائے۔

سادہ حشر غیر محسوس طور پر شروع ہوتا ہے۔ موضوعی علامات (subjective symptoms) کے تکلیف دہ ہونے سے پہلے ممکن ہے کہ وہ ہمینوں نامعلوم طور پر موجود رہے۔ حشر کی بیشتر حالتیں اپنے فمر میں مزمن ہوتی ہیں اور فی الحقیقت مدت مرض ہمینوں یا برسوں کی ہوتی ہے۔ سریری لحاظ سے حشر کی دو قسمیں پائی جاتی ہیں:

(۱) التهابی حشر (inflammatory trachoma) جس میں التهابی علامات موجود ہوتے ہیں۔ یہ قسم نہایت متعدی ہوتی ہے اگر مرض کی روک تھام نہ کی جائے تو اس میں ملتحمہ کا انداب (cicatrization)



اور مختلف عواقب پیدا ہو جاتے ہیں۔ (۲) سادہ یا غیر التهابی حشر (simple or non-inflammatory trachoma) جس میں دونوں پوٹوں کے ملتحمہ کے حسی اور پس غضرونی حصوں میں جیبی قسم کے دانوں کا اوسط درجہ کا یا نمایاں جماؤ ہوتا ہے، لیکن خراش یا تکلیف کے علامات خفیف ہوتے ہیں یا ہوتے ہی نہیں۔

التهابی علامات کی شدت کے ان اختلافات کے علاوہ قرنیہ اور ملتحمہ کے تغیر کی مقدار میں بھی بہت اختلافات پائے جاتے ہیں۔ بعض حالتیں خفیف درجہ کی ہوتی ہیں، جن میں ملتحمہ کے اندر محض خفیف سی بیش پرورش (تضخم) اور ناقابل التفتاب ندبی تغیرات ہوتے ہیں، چنانچہ بعد میں ہمیں اس کا بمشکل یقین ہوتا ہے کہ آیا حشر کا مرض موجود بھی تھا۔ اسی خفیف حالتیں قرنیہ کی پچیدگیوں سے عموماً محفوظ رہتی ہیں۔

اوسط درجہ کی اور شدید حالتوں میں ہمیشہ مستقل ندبی تغیرات (cicatricial changes) باقی رہ جاتے ہیں، جن کی وجہ سے ہم تشخیص کر سکتے ہیں کہ حشر کا مرض پہلے موجود رہ چکا ہے۔ جب قرنیہ ماؤف ہوتا ہے تو یہ حالت ہمیشہ خطرناک ہوتی ہے۔

حشر کی رفتار ہمیشہ مسلسل نہیں ہوتی، بلکہ اس میں اکثر درمیانی وقفے اور اشتدادات (exacerbations) ہوتے رہتے ہیں۔ ناکس مرض (relapse) اکثر بار بار ہوتا رہتا ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ علاج قبل از وقت اور جلد موقوف کر دیا جائے۔

پچیدگیاں۔ سب سے زیادہ کثیر الوقوع پچیدگیاں سب



(pannus) اور تقرحِ قرنیہ (corneal ulceration) ہیں اور یہ دونوں بصارت میں خلل پیدا کر دیتے ہیں۔

سبب (Pannus) ایک نوساختہ عروقی بافت ہوتی ہے جو عموماً قرنیہ کے بالائی حصے کو ڈھانک دیتی ہے (شکل ۱۳۵ صفحہ ۱۱۱)۔ قرنیہ کا مایوف حصہ اپنا منظر پیش کرتا ہے، اور بھورا اور نیم شفاف ہوتا ہے۔ اس کی سطح ناہموار اور عروق دار ہوتی ہے۔ یہ عروق مویہ حدِ قرنیہ (limbus) پر کے ملتحمی عروق سے نکلتے ہیں۔ نئی بافت بننے کا یہ عمل آگے بڑھتا جاتا ہے، یہاں تک کہ یہ قرنیہ کے بالائی نصف حصہ کو ڈھانک دیتا ہے۔ بالآخر ممکن ہے کہ تمام قرنیہ ڈھک جائے۔ ایسی صورت میں بصارت کم ہوتے ہوتے صرف اتنی رہ جاتی ہے کہ محض ادراکِ نور (perception of light) باقی رہتا ہے۔ تاوقتیکہ مابعد تغیرات واقع نہ ہو جائیں، کامل رجعتِ قہقری (retrogression) یعنی بحالی ممکن ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ قرنیہ پھر شفاف ہو جائے۔ نمایاں حالتوں میں التهابِ قرنیہ (iritis) پیدا ہو جانا ممکن ہے۔ سبب (pannus) صرف میکائی خراش ہی سے نہیں ہوتا، بلکہ اُسی قسم کی تبدیلی کی وجہ سے ہوتا ہے جیسی کہ ملتحمہ میں واقع ہوتی ہے۔ قرنیہ کے قرحے (ulcers) نسل کے ساتھ یا اس کے بغیر واقع ہوتے ہیں۔ ان قرحوں کے بعد عتمات (opacities) باقی رہ جاتے ہیں، جو اپنی جائے وقوع اور کثافت (density) کے لحاظ سے بصارت میں خلل انداز ہوتے ہیں۔

عواقب (Sequelæ)۔ صرف خفیف ترین حالتوں میں کامل شفا



ہو سکتی ہے۔ شدید قسموں میں کامل شفا صرف اُس وقت ہو سکتی ہے جبکہ علاج ابتدا ہی میں کیا جائے۔ اس مرض کے عواقب نہایت عام ہیں اور وہ ملتحمہ، قرنیہ اور پیوٹوں کو مائوف کرتے اور آنکھ کو مستقل طور پر بیکار کر دیتے ہیں۔

۱۔ شمر منقلب (ارتکاس الابداب) (trichiasis) اور شترہ داخلی (entropion) ملتحمہ کے ندبی انقباض (cicatricial contraction)

اور ساتھ ہی غضروف جفنی (tarsus) کی خمیدگی کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ یہ اوپر کے پیوٹے میں زیادہ نمایاں ہوتے ہیں۔ پیوٹے کے اس طرح بل کھانے اور مڑ جانے (تکویہ) اور بدینوجہ پلکوں (ابداب) کے مقام میں تبدیلی واقع ہو جانے سے قرنیہ میں میکانی مداخلت ہو کر تقرح (ulceration) یعنی زخم پیدا ہو جاتا ہے۔

۲۔ شترہ خارجی (ectropion) (عموماً نیچے کے پیوٹے کا)۔ یہ بعض مریضوں میں ملتحمہ کی بیش پرورش اور عضلہ محیطیہ (orbicularis) کے انقباض کے بعد واقع ہو جاتا ہے۔

۳۔ متغلی جفنی التصاق (symblepharon) ملتحمہ کے ندبی انقباض کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ جب یہ بہت زیادہ ہوتا ہے تو قبوہ (fornix) محو (obliterate) ہو جاتا ہے۔ اس عارضہ سے گڑھ چشم کی حرکات میں رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔

۴۔ عتامت قرنیہ (corneal opacities) سبیل اور قروح قرنیہ کے نتائج ہیں۔ سبیل تھوڑی مدت تک جاری رہنے کے بعد اتصالی بافت کی ایک پتلی اور دائمی تہ میں تبدیل ہو جاتا ہے۔



۵۔ بعض مریضوں میں بالآخر قزنب کا عنبہ (staphyloma) بن جاتا ہے۔

۶۔ جفوف (xerosis) - ملتحمہ کی ایک سُکڑی ہوئی، خشک اور پھلکے دار حالت ہے، جس کے ساتھ شدید حالتوں میں قزنب میں بھی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔

بحث اسباب - تخریعی روہوں یا نگروں کا مرض کسی دور یا آنکھ کے تعدیہ (چھوت) سے پیدا ہوتا اور افراز کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے۔ کسی خاص حالت میں تعدیہ کے خطرہ کا انحصار اُس مریض کے افراز کی مقدار پر ہوتا ہے۔ مرض کا تعدیہ ایک آنکھ سے دوسری آنکھ میں انگلی کے ذریعہ منتقل ہو سکتا ہے، لیکن عموماً انتقال مریضوں کے رومالوں اور اسی قسم کی چیزوں کے ذریعہ سے ہوتا ہے جو مشترک طور پر بہت سے لوگوں کے استعمال میں آتی ہوں۔ اسی واسطے یہ مرض مدرسوں، آسٹالوں (asylums)، اور بارکوں میں، اور اُن لوگوں میں جو ہجوم و ازدحام کی حالت میں گنجان طور پر ایک ساتھ رہتے ہوں اور صفائی کے متعلق غیر محتاط ہوں، نہایت وسیع طور پر پھیلتا ہے۔ انگلستان میں یہ مرض خانگی مطلب میں کبھی شاذ ہی دیکھا جاتا ہے۔ یہ روس، یولینڈ، ہنگری، جاپان، اور چین، نیز آئرستان میں عام ہے۔ بعض ملکوں مثلاً عرب اور مصر میں یہ خاص زیادتی کے ساتھ ہوتا ہے۔ مصر میں تو یہ ایک مقامی مرض (endemic) کی حیثیت رکھتا ہے۔ درحقیقت فیوکلین کے زمانہ کی جنگوں میں یہ مرض فوجی سپاہیوں کے ذریعہ یورپ پہنچا [اسی واسطے اکثر اسکورمڈ مصر (Egyptian ophthalmia)



کے نام سے یاد کیا جاتا ہے]۔ یورپ میں یہ مرض بہ نسبت مغرب کے مشرق میں بہت زیادہ وسیع طور پر پھیلا ہوا ہے، اور مرتفع ملکوں (مثلاً سوئٹزرلینڈ) کی نسبت پست زمینوں (مثلاً بلجیم، ہالینڈ، ہنگری) میں بہت زیادہ کمزور وقوع ہے۔ کہتے ہیں کہ جیسی اس مرض سے مقابلہ ناموں (منیع: immune) رہتے ہیں۔ اس مرض کی تسبیب (causation) اب تک نامعلوم ہے، لیکن خیال کیا جاتا ہے کہ وہ متعدی اساسی جز (contagious principle) جو اس کے افراز میں ہوتا ہے، ایک خرد عضویہ ہے۔ نوگوچی (Noguchi) نے حشر (trachoma) کے مریضوں میں سے ایک عضویہ علیحدہ کیا ہے، جس سے وہ بندروں میں یہی مرض (حشر) پیدا کر سکا، لیکن یہ شہادت کہ بندروں کے تجربی حشر کے بافتی جرم (tissue substance) سے یہ مرض انسانی موضوع میں منتقل کیا جاسکتا ہے، متناقض اور غیر ثانی ہے۔

امراضیات۔ کوئی چیز مخصوص و متمیز نہیں۔ ملتحمہ کا غدہ آسا ہیکل (adenoid stroma) لمفی خلیوں سے در رخیختہ ہو جاتا ہے۔ ملتحمہ کی بیش پرورش ہو کر اس میں شکنیں پڑنے اور ان شکنوں کے درمیان نشیبوں کے حائل ہو جانے سے حلیمات (papillae) پیدا ہو جاتے ہیں، جو مرحلہ (epithelium) کی افزائش سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ دانے لمفی خلیوں کے گول گول اجتماعات ہیں، جن کے اندر چند اکال خلیے (phagocytes) ہوتے ہیں۔ یہ نازک تصالی بافت کے ایک شبکہ (جالی) میں ہوتے ہیں، جو گرد و پیش کی بافتوں میں ضم ہو جاتا ہے۔ یہ ساخت آنٹوں میں کی پیر کی حکیتوں (Peyer's patches)



سے، اور حلق کے غدودہ (adenoids) کی ساخت سے مشابہ ہے، اور عملاً وہی ہے جو جرابی التهاب ملتحمہ (follicular conjunctivitis) میں جرابات (follicles) کی ہوتی ہے۔ آخری درجوں میں ہیکل اور حلیا دونوں میں زجاجی انحطاط (hyaline degeneration) واقع ہونے کا رجحان ہوتا ہے، اور لینی بافت (fibrous tissue) پیدا ہو کر دانوں کے گرد ایک نامکمل غلاف بنادیتی اور ندبی بند بھی پیدا کردیتی ہے۔

علاج یہ ہے کہ التهابی علامات کو اور افز کو کم کرنے اور ملتحمہ کی بیش پرورش (تفخیم) کو روکنے کی کوشش کی جائے، اور اس طرح مرض کی مدت کو مختصر کر کے ملتحمی اندام (conjunctival cicatrization) کے امکان کو کم کیا جائے۔ یہ مقصد بعض خراش اور ادویہ لگا کر یا میکافی (جراحی) ذرائع استعمال کر کے حاصل کیا جاتا ہے۔ خراش اور الحلاقات (Irritating applications)۔ شیشہ کی سلاخ پر نرم روئی لپیٹ کر اور اسے مرکب یورک کلورائیڈ کے محلول (۱:۵۰) میں بھگو کر اس سے ملتحمہ کو خوب رگڑا جائے سیلفیٹ آف کاپر (توتیائے سبز) کا ایک ٹکڑا یا قلم مقامی طور پر لگانا ایک مقبول طریقہ علاج ہے۔ نائٹریٹ آف سیلور (nitrate of silver) (ایک یا دو فیصدی محلول) 'گلیسرول آف ٹینن (glycerole of tannin) (۵ تا ۲۵ فیصدی) اور پھٹکری (alum) کی قلم بھی استعمال کی جاتی ہے۔



احساک (گرزنا) (grattage) 'قطع و اخراج (excision) ' اجتراف  
 (کھرچنا) (curetting) ' برقی پاشیدگی (electrolysis) ' لاشعائیں  
 (X-rays) ' ریڈیم (radium) ' اور کئی گلوانی (galvano-  
 cautery) شامل ہیں۔ میکانی طریقوں میں اختصار بیسے روہوں کو  
 دبا کر پھوڑ دینے کا طریقہ سب سے زیادہ مقبول ہے اور یہ وسیع ترین  
 منفعت رکھتا ہے۔ یہ امر کہ حشر (روہوں) کے لئے کونسا علاج سب سے  
 زیادہ موزوں ہوگا، اس پر منحصر ہے کہ مرض کس نوعیت کا ہے، التهابی  
 علامات موجود ہیں یا نہیں، اور مرض کس درجہ میں ہے۔ حشر کی دانہ دار  
 (granular) اور مخلوط قسموں میں، جن میں دالے خوب نمایاں اور  
 نیم شفاف ہوں اور شدید التهابی علامات غیر موجود ہوں، میکانی علاج  
 کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ (میکانی) علاج اُس قسم میں جس کو نیت  
 (Knapp) سادہ یا غیر التهابی قسم کے نام سے یاد کرتا ہے، خاص طور پر  
 مفید ہے۔ خراش اور اطلاقات (irritating applications)  
 جراحی تدابیر کے بعد ضمنی علاج کے طور پر، اور مزمن حشر (chronic  
 trachoma) کے مریضوں کے لئے استعمال کئے جاتے ہیں جن میں  
 دانے چھوٹی جسامت کے یا خلیمی قسم (papillary variety) کے  
 ہوتے ہیں، خاص کر اُس وقت جبکہ ملتحمہ بہت دبیز ہو گیا ہو۔  
 حادثہ صورتوں میں اور مزمن حالتوں کے حادثہ اختلالات میں،  
 جب مواد بہت زیادہ نکلتا ہو، نائٹریٹ آف سلور کا ایک یا دو فیصدی  
 طاقت کا محلول ملتحمہ پر لگایا جاتا ہے اور اس دوا کی زیادتی کو پانی  
 یا نمک کے محلول سے دھو کر خارج کر دیا جاتا ہے لیکن اس قسم کی



بہت سی حالتوں میں اکثر یہی مناسب ہوتا ہے کہ تمام خراش اور علایوں کو عارضی طور پر ملتوی کر کے رفاہات بارودہ (cold compresses) آرجرال (argyrol) کے ۲۵ فی صدی طاقت کے محلول کے اقطار (instillations) اور ہلکے مصفی اور دافع عفونت چشم شویے (mild cleansing and antiseptic washes) تجویز کئے جائیں۔



ندبی درجہ (cicatricial stage) میں توتیائے سبز (copper sulphate) کے استعمال کی ضرورت باقی نہیں رہتی۔ اس وقت یلو آکسائیڈ آف مرکوری (yellow oxide of mercury) کا مرہم کارآمد ہوتا ہے۔ اگر تضخم کے تمام آثار غائب ہو جانے تک علاج جاری نہ رکھا جائے تو ٹکسات (relapses) نہایت عام ہیں۔

شکل ۱۲۳۔

توتیائے سبز (Sulphate of Copper)۔

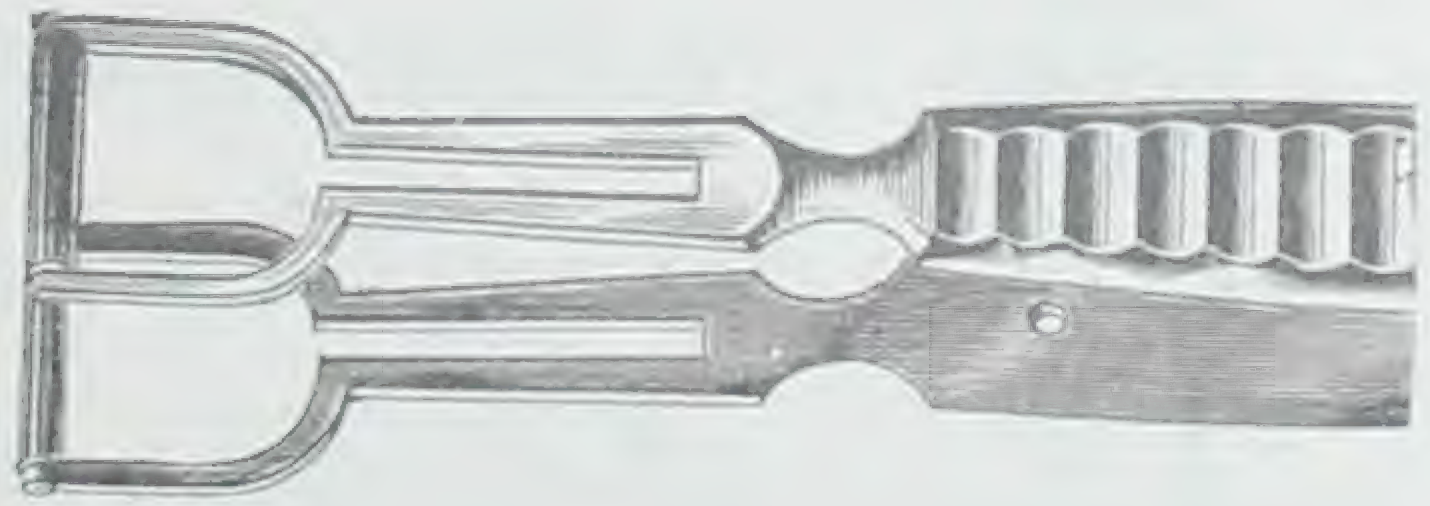
اس کی قلم پیوٹوں کو الٹ کر روزانہ ایک بار یا ہر تیسرے دن لگائی جاتی ہے۔ اس کو ملتحمہ پر دو یا تین بار ہلکے ہاتھ سے پھیر دیا جاتا ہے۔ لیکن (Sulphate of Copper Stick) اسے صرف متضخم (hypertrophied) حصوں پر ہی

لگانا چاہئے۔ اوپر کے پوٹے کے برزخی دہراؤ (transition fold) کے جفنی حصے پر بھی لگانا چاہئے۔ توتیا کی قلم کو غضروف جفنی (tarsus) کے نیچے سے گذارتے وقت قرنیہ کو نیچے کے پوٹے کی مدد سے



محفوظ رکھنا چاہئے (شکل ۱۲۶) توتیا کی قلم کا سر اکند اور چپٹا ہونا چاہئے (جیسا کہ شکل ۱۲۳ میں بتلایا گیا ہے) نہ کہ نوکدار یا مخروطی۔ توتیے بزرگوں کے لگانے کے بعد ہر بار اس کی زیادتی کو پانی سے یا بورک ایسڈ کے محلول سے دھو ڈالنا چاہئے۔ ازاں بعد نصف ساعت یا اس سے بھی زیادہ دیر تک برفانی رفادات (iced compresses) لگائے جاتے ہیں۔ یہ علاج ہمینوں جاری رکھا جاتا ہے، یہاں تک کہ بیش پرورش یا تضخم (hypertrophy) کا کوئی شائبہ باقی نہ رہے۔ کچھ عرصہ گزرنے کے بعد یہ اطلاقات

(applications) اور بھی زیادہ ہلکے ہاتھ سے اور زیادہ طویل وقفوں کے بعد لگائے جاتے ہیں۔



شکل ۱۲۴۔ نیپ کا بیلن دار چمٹا روہوں کے لئے (پوری جسامت کا) (Knapp's)

Roller-Forceps Trachoma)

(Full Size)

اعتصام۔ دبا کر

نچوڑنا (Expression)۔

یہ عمل نیپ کے دو اکر کلابیب

(بیلن دار چمٹے) (Knapp's)

(roller-forceps) کے ذریعہ کیا جاتا ہے، اور بہتر یہ ہے کہ اس طریقہ

سے اُن شدید حالتوں میں کام لیا جائے جن میں بہت سے جراثیمات

(follicles) موجود ہوں۔ اس چمٹے کے پھلوں کے سروں پر دو نابدار

بیلن (fluted rollers) ہوتے ہیں۔ دانوں کو ان بیلنوں کے درمیان

دبا کر نچوڑ دیا جاتا ہے (شکل ۱۲۴)۔ اس عمل میں درد زیادہ ہوتا ہے،



لہذا ایک عمومی معدوم جس دوا (general anæsthetic) کی ضرورت ہوتی ہے۔ اوپر کے بیپوٹے کو اُلٹ کر حشری جراثیم (trachoma) (follicles) کو چمٹے کے دونوں بیلنداریوں کے درمیان باکر نچوڑ دیا جاتا ہے۔ ایک سرے کو پیچھے قبوہ (fornix) کے اندر اور دوسرے سرے کو غضروف جفنی (tarsus) کے اوپر رکھا جاتا ہے۔ اب متوسط درجہ کا دباؤ استعمال کرتے ہوئے اور دانوں کے مافیہہ کو نچوڑتے ہوئے چمٹے کو آگے کھینچا جاتا ہے (شکل ۱۱۸)۔ یہ عمل بار بار کیا جائے یہاں تک کہ بیپوٹے میں دانے باقی نہ رہیں اور ایک گہری سُرخ سطح پیدا ہو جائے



شکل ۱۲۵۔ ٹریل کا چمٹا (Tyrrel's Forceps)۔

جس میں چھوٹے چھوٹے سُرخ نقطے موجود ہوں۔ اس کے بعد نیچے کے بیپوٹے پر بھی اسی طریقہ سے عملیہ کیا جائے۔ اختصار (دبا کر نچوڑنے) کے بعد ملتحمہ پر اکثر بار بار مرکبوریکی کلو رائڈ (mercuric bichloride) (۵:۱) کے محلول سے تر کیا ہوا برش (پتھریری) زور سے پھیرا جائے۔ اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ قرنیه میں کوئی خراشیدگی (abrasion) نہ پیدا ہونے پائے اور ملتحمہ نہ پھٹنے پائے۔ اگر دانے سینگ جیسے سخت ہوں تو بیلین وار چمٹا استعمال کرنے سے پہلے ان پر پچنے لگا دینا (scarify) (یعنی چھوٹے چھوٹے اور کم گہرے شکاف لگانا)



بہتر ہے۔ عملیہ کے بعد دو ایک روز تک ورم اور کدم رہتا ہے، لیکن کسی تعامل (reaction) کے ظواہر نہیں پائے جاتے۔ چند روز تک رفاداتِ باردہ (cold compresses) کا استعمال اور بورک ایسڈ کے محلول سے نطول (irrigation) کرنا چاہئے۔ ازاں بعد اگر کوئی



شکل ۱۲۶۔ اوپر کے پوٹے کے ماتر پر  
توتیائے سبز (کاپر سلفیٹ) کی قلم لگانے  
کا طریقہ۔  
شکل ۱۲۷۔ حشر کے لئے اعتصار (روبوٹل  
کو دبا کر پھوڑنے) کا عملیہ اوپر کے  
پوٹے کے لئے (Expression for

- trachoma-upper lid)

گھردرا پن باقی رہ جائے تو اس کے تدارک کے لئے، چند ہفتوں تک  
یا جب تک کہ پوٹے اپنی طبعی حالت پر نہ آجائیں، توتیائے سبز کی قلم



نہایت آہستگی کے ساتھ ہر تیسرے دن پھیری جائے۔

جب دانے کم ہوں، یا جب وہ کچھ (caruncle) یا ثنیہ (plica) پر واقع ہوں جہاں بیلین دار چمٹے کی رسائی اُن کے پاس تک نہ ہو سکتی ہو تو بہترین طریقہ یہی ہے کہ مقامی بے حسی پیدا کر کے انھیں ٹریل کے چمٹے سے دبا کر پخوڑ دیا جائے۔ اس طرح منفرد دانوں کو لے کر یہی عمل، بچوں تک میں، حسب ضرورت مکرر کیا جاسکتا ہے۔

روہوں کے علاج کے دوسرے میکانی یا جراحی طریقے اعتصار (expression) کے مقابلہ میں بہت کم استعمال کئے جاتے ہیں۔ احتکاک (grattage) اُس طریقے کو کہتے ہیں جس میں، مابقی تشریط (scarification) (پچنے لگانے) کے بعد یا اُس کے بغیر، تمام دانوں کو ایک سخت دانت کے برش سے رگڑ رگڑ کر نکال دیا جاتا ہے، پھر وہاں مرکبوریک بائی کلورائیڈ (۱:۵۰۰) خوب مل دیا جاتا ہے۔ قطع و اخراج (Excision) وہ طریقہ ہے جس میں ملتحمہ کے تقریباً ۱ ملی میٹر چوڑے دھراؤ کو جس میں دانے ہوتے ہیں کاٹ کر نکال دیا جاتا ہے۔ ان دونوں طریقوں میں ملتحمہ کو اعتصار (expression) کی نسبت زیادہ زخم پہنچتا ہے۔ بعض مہرجن ملتحمہ کو الٹ کر اُسے لاشعاعوں (X-rays) یا ریڈیئم کے زیر اثر کھلا رکھنے کی سفارش کرتے ہیں۔ ان دونوں طریقوں سے انٹری ہاتھوں سے بہت نقصان پہنچنے کا خدشہ ہو سکتا ہے۔ بالائی غضروف جفنی میں بہت سی جرابوں کے تدارک کے لئے کاربن ڈائی آکسائیڈ سنو (carbon dioxide snow) بہت مفید ہوتا ہے۔ اُسے آدھ منٹ کے لئے لگانا چاہئے، اور ایک ہفتہ یا عشر



کے وقفہ سے دو یا تین بار کرکر لگانا چاہئے۔

پچیدگیوں کا علاج - تازہ سنبل (pannus) کے علاج کے لئے بہترین طریقہ یہی ہے کہ ملتھ کا علاج کیا جائے۔ علاوہ انہیں ہم کبھی کبھی آئیروپین (atropine) بھی استعمال کر سکتے ہیں تاکہ پتلی پتلی رہے اور مؤخر التصاقات قرحیہ (posterior synechiae) پیدا نہ ہونے پائیں، کیونکہ ان حالتوں میں اکثر التهاب قرحیہ (iritis) تو موجود ہوتا ہی ہے۔ اگر سنبل (pannus) بہت کثیف (گھنا) ہے تو ہم قرنیہ پر راست تو تیا لگا سکتے ہیں۔ ایسی حالتوں کے لئے ایک زمانہ میں بروں گردیدہ (الٹائے ہوئے) ملتھ میں جیکویرٹل (Jequiritol) یا جیکویرٹی کے بیج (jequirity seed) کا ۳ فیصد حسانہ بننے کے رواج کی بڑی تائید کی جاتی تھی، لیکن اب اس کو ترک کر دیا گیا ہے، کیونکہ اس کے تعامل (reaction) کو قابو میں رکھنا مشکل ہوتا ہے، اور بعض مثالوں میں قرنیہ کا اتلاف واقع ہو گیا ہے۔ سنبل کی شدید حالتوں کے تدارک کے لئے کبھی کبھی محیط شگافی (peritomy) کا عمل کیا جاتا ہے، جس میں عروقی ریشہ کو منقطع کرنے کے مقصد سے قرنیہ کے گرد اگر ملتھ کی ایک پتلی دھمی کاٹ کر نکال دی جاتی ہے۔ جب تقرح (ulceration) زیادہ تیزی کے ساتھ ہو تو اکثر نائٹریٹ آف سیلور، اور اگر التهاب قرحیہ (iritis) کا شبہ ہو تو آئیروپین استعمال کیا جاتا ہے۔

عام علاج سے بھی غافل نہیں ہونا چاہئے۔ نمک بودک آئیڈیا یا بائی کلورائیڈ آف مرکیٹوری (۱:۱۰۰۰۰) کے محلول سے آنکھ کو بار بار



صاف کیا جائے۔ مریض کے صحتی ماحول کو مناسب (ventilation) وافر بیرون خانہ ورزش (outdoor exercise) اور عمدہ خوراک کے ذریعہ جس قدر ممکن ہو کامل کیا جائے۔

حفظ ماحول (Prophylaxis)۔ یہ نہایت اہم ہے۔

مریض اور اُس کے خاندان کے لوگوں کو افراد کی متعدی نوعیت سے آگاہ کر دینا چاہئے، اور مریض کے رومالوں، تولیوں، منہ دھونے کے طشت وغیرہ کو دوسروں کی اس قسم کی چیزوں سے دور رکھنے کی ضرورت اور اہمیت اُن کے ذہن نشین کر دینا چاہئے۔ مدارس، آسُن (asylums) اداروں (institutions) اور بارکوں

128

میں مضر (روہوں) کی وباؤں کی روک تھام نہایت اہم چیز ہے جس کے لئے مسلسل خبر گیری کی ضرورت ہوتی ہے، ہر نووارد اور مکین کا بہ احتیاط معائنہ کرنا پڑتا ہے، اور روہے کے مریضوں کو جب تک کہ وہ مرض کو منتقل کرنے کی قابلیت رکھتے ہوں علیحدہ کھنا پڑتا ہے۔

پاریناڈی التهاب ملتحمہ (Parinaud's

Conjunctivitis)۔ یہ ملتحمہ کا وہ مرض ہے جو ایک خفیف شعریہ

(leptothrix) کی سرایت سے پیدا ہو جاتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ

بلیوں اور شاید دوسرے گھریلو جانوروں کا مُنہ منبع سرایت ہے۔ یہ مرض

عموماً ایک ہی آنکھ تک محدود رہتا ہے۔ مقامی علامات یہ ہیں کہ ملتحمی

مرحلہ کے نیچے بُھورے یا زردی مائل رقبے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ وہ

مقامات ہیں جہاں ساختوں میں بڑے یک نواقی خلیوں (large

mononuclear cells) کی درریش اور اس کے گرد بافت کا



تخر (necrosis) ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی لمفی جراباست کی عمومی کلانی ہوتی ہے۔ تقریح نہیں ہوتا۔ ان ملتحمی تغیرات کے ساتھ پیش اذنی غدہ (preauricular gland) کی التهابی کلانی نمایاں ہوتی ہے، مگر تفتیح (پیپ بننے) کا رجحان نہیں ہوتا۔ بنیئی اختلال محض خفیف سا ہوتا ہے، درد کچھ نہیں ہوتا، اور بے آرامی شاید ہی کچھ ہو۔ انذار (پیش اندازہ) امید افزا ہوتا ہے، اور چند ہفتوں کے اندر بالآخر شفا ہو جاتی ہے۔ علاج وہی ہے جو عام طور پر التهاب ملتحمہ (conjunctivitis) کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس مرض کو تدریجی التهاب ملتحمہ (tuberculous conjunctivitis) سے متفرق کرنا پڑے۔

## نفیظی التهاب ملتحمہ

(PHLYCTENULAR CONJUNCTIVITIS)

یہ مرض جو قاحی التهاب ملتحمہ (pustular conjunctivitis) اور زرد خنازیری (scrofulous ophthalmia) کے ناموں سے بھی مشہور ہے، ملتحمہ کا ایک محدود ورم ہے جس کے ساتھ ایک یا زیادہ چھوٹے سرخ ابھار پیدا ہو جاتے ہیں جنکو نفیطات (phlyctenulae) کہتے ہیں۔ یہ نفیطات لیمف آساخلیات (lymphoid cells) کے اجتماعات ہیں جو اپنے راس پر نرم ہو کر چھوٹے چھوٹے قرعے بنا دیتے ہیں۔ یہ نفیطات عینی ملتحمہ پر واقع ہو سکتے ہیں اور اس صورت میں مرض کو نفیظی التهاب ملتحمہ (phlyctenular conjunctivitis) کہا جاتا ہے۔



یہ قرنیہ پر بھی واقع ہو سکتے ہیں، اور اس صورت میں مرض کو نفیضی التهابِ قرنیہ (phlyctenular keratitis) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ یا جیسا کہ زیادہ اکثر ہوتا ہے، یہ حدِ قرنیہ (limbus) پر واقع ہوتے ہیں، چنانچہ ایسی حالت میں ہم مرض کو یا تو التهابِ قرنیہ (keratitis) کہہ سکتے ہیں، یا التهابِ ملتحمہ (conjunctivitis)۔ اکثر اوقات یہ نفیضات ایک ہی شخص میں ان تینوں مقامات پر واقع ہوتے ہیں۔ چونکہ تمام حالتوں میں اس مرض کی امراضیات (pathology) علامات، اور علاج بھی یکساں ہے، لہذا ان تینوں اقسام کو مجموعی طور پر زردِ نفیضی (phlyctenular ophthalmia) کے عنوان کے تحت بیان کرنا باعثِ سہولت ہو گا۔

معروضی علامات (Objective Symptoms)۔ اصلِ امارات 129 یہ ہے کہ ملتحمہ یا قرنیہ کے کسی حصے پر اور بیشتر اوقات حدِ قرنیہ (limbus) پر، ایک یا زائد چھوٹے اُبھار یا گرہیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ نفیضہ (phlyctenule) ملتحمی بیشش و مویت (conjunctival hyperaemia) کے ایک رقبہ سے گھرا ہوا ہوتا ہے (شکل ۱۲ صفحہ ۱۰)۔ عینی ملتحمہ کے غیر ماؤف حصے اپنی معمولی حالت سے بہت کم متغیر ہوتے ہیں۔ نفیضہ کے راس پر جلد ہی ایک چھوٹا تقریح ظاہر ہوتا ہے، اور پھر یہ گرد و بیش کے ملتحمہ کا لیول اختیار کر لیتا ہے۔ یہ ملتحمہ میں کوئی تغیرات پیدا کئے بغیر مندمل ہو جاتا ہے۔ یہ سارا عمل چند دن سے لے کر دو ہفتہ تک جاری رہتا ہے۔

عام طور پر ایک ہی وقت میں کئی نفیضات پیدا ہو جاتے ہیں۔



اس طریقہ سے ممکن ہے کہ سارا عینی ملتحمہ سُرخ ہو جائے۔ ایسی حالتوں میں جفنی ملتحمہ (palpebral conjunctiva) بھی متلی ہو جائے گا۔ ممکن ہے کہ یہ گریں تقرح کے درجہ سے گزرے بغیر جذب ہو جائیں۔ جب نفیضہ قرنیہ بر ظاہر ہوتا ہے تو در ریشیں اور بعد میں پیدا ہونے والے قرح عموماً سُطحی ہوتے ہیں، اور قرنیہ میں دائمی تغیرات پیدا کئے بغیر مندل ہو جاتے ہیں۔ لیکن بعض اوقات وہ قرنیہ کے جرم کے اندر پھیل جاتے ہیں جسکے بعد ایک دائمی عتمیت (permanent opacity) باقی رہ جاتی ہے۔ شاؤ حالتوں میں قرصہ قرنیہ میں سوراخ کر دیتا ہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ کئی قرح باہم مل کر اس کی سطح پر پھیل جائیں۔

حُزجی التهاب قرنیہ (Fascicular Keratitis) - ممکن ہے کہ نفیضہ سے پیدا ہونے والا قرصہ قرنیہ کے حاشیہ سے آگے بڑھتے بڑھتے اُس کے مرکز تک جا پہنچے، اور اپنے ساتھ خون کی رگوں کا ایک حُزْمہ کھینچتا لیجائے۔ اس طریقہ سے عروق کا ایک تپلا سُرخ بندہ بن جاتا ہے، جو قرنیہ پر کچھ فاصلہ تک پھیلتا ہے (شکل ۱۳۶، صفحہ ۱۱)۔ اس حُزْمہ کے راس پر ایک چھوٹا بھورا ہلال نظر آتا ہے، جو قرصہ کے بڑھتے ہوئے حاشیہ سے متناظر ہوتا ہے، مگر قرصہ اپنے محیطی حصوں میں مندل ہو چکا ہوتا ہے۔ اس قسم کا تقرح ہمیشہ سُطحی رہتا ہے۔ جب یہ عمل ختم ہو جاتا ہے تو خون کے عروق بہ تدریج غائب ہو جاتے ہیں اور ایک سُطحی خطی عتمیت (linear opacity) باقی رہ جاتی ہے۔ شدید حالتوں میں نفیضہ قرنیہ کے گہرے طبقوں کو بھی ماؤف



کر کے گہری درریش پیدا کر سکتا ہے۔ یہ درریش یا تو بالکل جذب ہو جاتی ہے، یا اس کے بعد قرنیہ میں ایک عتمیت (opacity) باقی رہ جاتی ہے۔ شاذ صورتوں میں یہ درریش ریمی ہو جاتی ہے، اور اس کا نتیجہ ایک گہرا قرص ہوتا ہے۔

180 عموماً تند مع (lacrymation) بکثرت ہوتا ہے۔ اگر کسی قسم کا مواد خارج ہوتا ہے تو وہ مخاطی یا مخاطی ریمی ہوتا ہے اور اس کی مقدار زیادہ نہیں ہوتی۔

معروضی علامات (Subjective Symptoms)۔ جب قرنیہ ماؤف ہو تو نمایاں نور ترسی (photophobia) موجود ہوتی ہے، مگر ملتحمی اصابات میں نور ترسی خفیف یا غیر موجود ہوتی ہے۔ جب نور ترسی واضح طور پر نمایاں ہو تو معتد بہ جفنی شنج (blepharospasm) پایا جاتا ہے اور آنکھوں کا امتحان صرف وقت کے ساتھ کیا جاسکتا ہے۔

فخر۔ نفیطات (phlyctenules) یکے بعد دیگرے فصلوں کی صورت میں (in crops) پیدا ہوتے ہیں۔ ایک نفیطہ کامل طور پر اچھا ہونے سے پہلے دوسرے نفیطہ کے نکل آنے کا رجحان ہوتا ہے۔ اس طریقہ سے ممکن ہے کہ مرض کا ممر طول کھینچے اور ہفتوں جاری رہے۔ ہر نفیطہ چند روز سے لیکر ہفتے دو ہفتے تک جاری رہتا ہے۔

نکس مرض (relapse) بہت عام ہے۔ یہ مرض بچوں اور نوعمروں میں نہایت کثیر الوقوع ہے، مگر بالغوں میں بھی دیکھنے میں آتا ہے۔ بالغوں میں ایک منفرد بڑا نفیطہ پیدا ہو کر اکثر بریلیتی التهاب (episcleritis) کے مقامی علامات پیش کرتا ہے۔



ہمیشہ آنسو نکلتے رہنے کا نتیجہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ جفنی التهاب (blepharitis)، انسحاجات (excoriations) (پوست کنی) اور بپوٹوں کا ایکزیم مستزاد ہو جاتا ہے۔

انذار (پیش اندازہ) امید افزا ہوتا ہے۔ خطرناک نتائج شاذ ہیں۔ نفیضات عموماً کوئی آثار نہیں چھوڑتے۔ بعض حالتوں میں کم یا زیادہ کثافت کے عتبات قرنیہ (corneal opacities) باقی رہ جاتے ہیں، اور اگر یہ مرکزی ہوتے ہیں تو بصارت میں خلل واقع ہوتا ہے۔ اگر نفیضات بار بار ہوتے رہیں تو ممکن ہے کہ قرنیہ میں متعدد ابرنما عتبات (opacities) اور ان کے ساتھ سطحی عروق دمیوہ پیدا ہو جائیں۔

بحث اسباب۔ یہ مرض بہت عام ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ اس کا انحصار کسی بنیئی خرابی (constitutional error) پر ہوتا ہے۔ یہ زیادہ تر ایسے بچوں میں ہوتا ہے جو تدرنی (tuberculous) یا نام نہاد خنازیری مزاج (scrofulous diathesis) رکھتے ہیں۔ یہ مرض خاصکراونی طبقہ کے لوگوں میں بہت زیادہ ہوتا ہے، جن میں گندگی، ناقص غذا، اور غیر صحت بخش ماحول اسباب مبعده کے طور پر عامل ہوتے ہیں۔ نیز یہ ان بچوں میں زیادہ ہوتا ہے جو مرض کی وجہ سے کمزور ہو گئے ہوں۔ سابقہ استعداد مزاج (predisposing diathesis) کے دیگر ظواہر، مثلاً عنقی لمفی غدک اورم، غدودہ کی روئیدگیاں (adenoid vegetations)، 'ایکزیمیا'، نزلہ و زکام، جفنی التهاب، مزمن سیلان الاذن (chronic otorrhoea) وغیر



اکثر دیکھنے میں آتے ہیں لیکن بعض اوقات یہ مرض اعلیٰ طبقہ کے بچوں میں بھی پایا جاتا ہے۔ جو بہ ظاہر اچھی صحت کے معلوم ہوتے ہیں۔

امراضیات - نفیطات (phlyctenules) کا آغاز قرنیہ اور ملتحمہ کی زیر سطحی تہ کی درریش سے ہوتا ہے، جس میں بہت سے ایک نواتی سفید خلیے (mononuclear leucocytes) اور بعض حالتوں میں کثیر الاشکال نواتی سفید خلیے (polymorphonuclear leucocytes) شامل ہوتے ہیں۔ اس کے ساتھ سطحی پوشش میں کچھ سفید خلیوں کی درریش کے اور کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ یہ درریش ایک گریب بنا دیتی ہے جو سطح سے کسی قدر اوپر ابھری ہوئی ہوتی ہے۔ جب خلیوں کی بیش تکوین (hyperplasia) زیادہ نمایاں ہوتی ہے تو تنخر (necrosis) واقع ہو کر گریب پھوٹ جاتی ہے اور ایک قرصہ بن جاتا ہے۔ نبقات عنیبہ (staphylococci) بڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں، اور ان کے ساتھ وہ دقیق عضویہ بھی ہوتے ہیں جو نازلی التهاب ملتحمہ (catarrhal conjunctivitis) کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ اندمال کے دوران میں، بہت سی حالتوں میں جبکہ درریش سطحی ہو، اس نقص کی جگہ مرحلہ پیدا ہو جاتا ہے۔ زیادہ گہری ماؤفیت کی حالتوں میں نقص کی جگہ ندبی بافت (scar tissue) لے لیتی ہے۔

علاج - مقامی رُصلے ہوئے کیلول (washed calomel) کو جو باریک پیس لیا گیا ہو، کرۂ چشم پر دن میں ایک بار چھڑک دینا چاہئے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ آنسوؤں کے عمل اور اثر سے مستدرج



کروسیو سبلیمٹ (corrosive sublimate) میں تبدیل ہو جاتا ہے اور اس طرح سے آنکھ کو ایک دافع عفونت سیال سے منسول (دھلا ہوا) رکھتا ہے۔ اگر مریض آیوڈائڈز (iodides) داخلی طور پر استعمال کر رہا ہے تو اس صورت میں ممکن ہے کہ کیلول خراش پیدا کر دے، جس کی وجہ غالباً یہ ہوتی ہے کہ یہاں مقامی طور پر مرکب یوڈائڈ (mercuric iodide) بن جاتا ہے۔ یلو آکسائیڈ آف مرکوری (yellow oxide of mercury) کا مرہم (ایا ۲ فیصدی) بھی ایک پسندیدہ دوا ہے۔ اس مرہم کو بقدر ایک تخم قنب (hemp-seed) کے لیکر ملتی تاج میں رکھ دیا جاتا ہے اور پھر اسے پلوں سے مل کر پھیلا دیا جاتا ہے۔ جب بہت زیادہ خراش موجود ہو تو قرین مصلحت یہ ہے کہ التهاب کے کم ہونے تک یلو آکسائیڈ کے مرہم کا استعمال روک دیا جائے۔ اگر خراش کے علامات بہت زیادہ نمایاں ہوں تو بہتر یہ ہے کہ بورک ایسڈ کے محلول سے فللول (irrigation) کیا جائے اور اگر نفیضات ملتحمہ کو موقوف کر رہے ہوں تو ٹھنڈی گدی (cold pads) لگائی جائیں، اور اگر وہ قرنبہ پر بنے ہوں تو گرم رفادات (hot compresses) استعمال کئے جائیں۔

اگر قرنبہ میں قرصہ یا دررینزش ہے تو آٹروپین (atropine) گرم رفادات، اور ہلکے دافع عفونت غسولات استعمال کرنا چاہئے۔ اگر حزمی التهاب قرنبہ (fascicular keratitis) ہو تو یلو آکسائیڈ آف مرکوری کا مرہم استعمال کیا جائے۔ ایسی حالتوں میں ہم اکثر گیلوانائی بکوات (galvano-cautery) کی باریک ک (شکل ۳۱)



سے، یا صبغیہ آیوڈین (tincture of iodine) (صفحہ ۱۴۹) سے قرص کی آگے بڑھتی ہوئی کور کو داغ کر مرض کی ترقی کو منقطع کر دیتے ہیں۔ پٹیاں نہیں باندھنا چاہئے۔ پیٹی صرف عمیق تقرح (deep ulceration) کی انتہائی حالتوں میں باندھنا ضروری ہے۔

قرنیہ کی ماؤفیت کی حالتوں میں نورتریسی (photophobia) اور جفنی شنج (blepharospasm) اکثر نہایت تکلیف دہ علامات ہوتے ہیں۔ ہالوکین (holocain) کا محلول ٹپکانے سے عارضی طور پر آرام محسوس ہوگا۔ ٹھنڈے پانی سے دن میں کئی بار آنکھ کا نطول (douching) کرنا موثر ہو سکتا ہے۔ اگر بیرونی ماق (outer canthus) میں شقاق ہو تو اسے سلورنائٹریٹ کے دو فی صدی محلول سے یا کاپر سلفیٹ (توتیاے سبز) کی قلم سے چھو دینا فائدہ بخش ہے۔

182

عام علاج نہایت اہمیت رکھتا ہے۔ مناسب اور مغذی غذا، صحیح ماحول کی دستی، ٹھنڈے اسفنج کا استعمال اور غسل بارد مفید ہیں۔ ناک اور انفی بلعوم (nasopharynx) کا بھی مناسب علاج ہونا چاہئے۔ ایسے مریضوں کو گھر کے اندر اور اندھیرے میں رہنے کی (جس کا وہ نورتریسی کی وجہ سے میلان رکھتے ہیں) اجازت نہ دینی چاہئے۔ اس علامت کو دور کرنے کے لئے دھنیل عینک (smoked glasses) تجویز کرنا چاہئے۔ فولاد کے مرکبات (مثلاً آرن آیوڈائیڈ کے شربت: syrup of iron iodide) کوئین اور سنکھیا (arsenic) کے داخلی استعمال سے فائدہ ہوتا ہے اور



کاڈلیور آئل بھی بہت فائدہ مند ہے۔

## نازلت بہار

(SPRING CATARRH)

ملتحمہ کا یہ مرض چنداں عام نہیں۔ اس کا ممر مزمن ہوتا ہے اور برسوں جاری رہتا ہے، اس طرح پر کہ ممر میں مرض بالکل یا بڑی حد تک غائب ہو جاتا ہے اور گرم موسم میں پھر خود کرا آتا ہے۔ یہ دونوں آنکھوں کو ماؤف کرتا ہے اور متعدی نہیں ہوتا۔ اس مرض کو ربیعی نازلت (vernal catarrh) بھی کہتے ہیں۔ یہ خاص کر بچوں میں، اور زیادہ تر لڑکوں میں ہوتا ہے، اور جفنی ملتحمہ کو یا بصلی ملتحمہ کو، یا کبھی کبھی دونوں کو، ماؤف کر دیتا ہے۔

معروضی علامات (Objective Symptoms) - جفنی قسم

میں جفنی ملتحمہ پر سخت اور چپے چپے حلیمات پائے جاتے ہیں، جو فجوات (furrows) کے ذریعہ ایک دوسرے سے علیحدہ ہوتے ہیں اور گول پن پتھر جیسا منظر (cobblestone appearance) پیدا کر دیتے ہیں۔ اوپر اور نیچے کے پوٹوں کے ملتحات کا رنگ ایسا آسمانی مائل سپید ہوتا ہے کہ گویا ان پر دودھ کی ایک پتلی تہ چڑھی ہوئی ہے۔ بصلی قسم میں حدِ قرنیہ (limbus) کے اندرونی اور بیرونی حصوں کا متصل ملتحمہ جیلا تینی تفضحات پیش کرتا ہے، جو بعض اوقات کسی قدر زنگدار ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ تفضحات قرنیہ کو تھوڑے



فاصلہ تک ماؤف کر دیں۔ کبھی کبھی تصخّم پورے قرنیه کو گھیرے ہوئے ہوتا ہے۔ ملتحمی امتلا اور کچھ مخاط نما افراز موجود ہوتا ہے۔ سر میں یہ تغیرات کم نمایاں یا تقریباً غائب ہو جاتے ہیں، مگر موسم گرمیاں کے ساتھ پھر خود کراتے ہیں۔

موضوعی علامات (Subjective Symptoms) حسب

ذیل ہیں:- گرمی کا احساس، تدمع (اشک ریزی)، شدید کھجلی اور نور ترسی۔ یہ علامات گرم موسم میں زیادہ خراب (تکلیف دہ) ہوتے ہیں اور موسم سرما میں غائب ہو جاتے ہیں۔

مگر۔ مرض اس طرح وقفوں کے ساتھ چند سال یا طویل تر عرصہ تک جاری رہ کر بالآخر ناپید ہو جاتا ہے اور ازاں بعد اس کے کوئی آثار باقی نہیں رہتے، یا نہایت ہی خفیف تغیرات باقی رہتے ہیں۔ اس کی تسبیب (etiology) نامعلوم ہے۔ کبھی کبھی رمادی مائل رنگ کا ایک خط باقی رہ جاتا ہے جو حدّ قرنب (limbus) سے ہم مرکز ہوتا ہے، مگر اس خطی عتمیت (linear opacity) اور حدّ قرنب کے درمیان ایک صاف رقبہ ہوتا ہے۔ اس طرح قوس شیخوخت (arcus senilis) سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ علاوہ ازیں حنفی ملتحمہ میں بھی خفیف سی دبازت، تغیر لون، اور ناہمواری موجود ہو سکتی ہے۔ تشخیص واضح ہوتی ہے۔ اس مرض کو شاذ ہی کبھی غلطی سے متر (گرے) سمجھا جاسکتا ہے، کیونکہ مریض کی نوعیت (یعنی اس کا بچہ اور زیادہ تر لڑکا ہونا)، ملتحمہ کا دو دو صیا منظر، موسم گرمیاں میں مرض کا عود کر آنا، قبوہ (fornix) کا بالکل ماؤف نہونا، اور پیچیدگیوں کی



غیر موجودگی، یہ سب امور تشخیص میں غلطی نہ ہونے دینگے۔

امراضیات - حلیات کشیف یعنی ماقبے پر مشتمل ہوتے ہیں جو زیر ملتحمی بافت میں ہوتا ہے، اور بالآخر ان میں زجاجی خطا (hyaline degeneration) واقع ہو جاتا ہے۔ سرحد بہت دبیر ہو جاتا ہے اور اس سے چھوٹی چھوٹی اٹھالتیں (زائندے) نکلا کر یعنی جماؤ کے اندر جاتی ہیں۔ دودھیا منظر بیش پروردہ مرحلہ اور اس کے نیچے کی زجاجی بافت کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ گریبوں کے اندر نیز افراز میں بکثرت ایوسین پسند سپید خلیے (eosinophile leucocytes) موجود ہوتے ہیں۔ بصلی تضخّات (bulbar hypertrophies) نیم شفاف در ریزشوں پر مشتمل ہوتے ہیں، ان کی ساخت حلیات کی ساخت سے مماثل ہوتی ہے، اور ان میں سرحد کا تضخم ہوتا ہے، جو قرنیہ کے کنارے کے اندر کسی قدر بڑھ آتا ہے۔

علاج - موضوعی علامات کی تکلیف میں مندرجہ ذیل ادویہ کے استعمال سے کمی ہو سکتی ہے: - بورک آئیڈ کا محلول کرو سول میٹ (corrosive sublimate) (۱:۵۰۰۰)، قلوئی غسل (alkaline wash) (سنو 457)، آئیٹک آئیڈ (acetic acid) (مُرقق ترشے کے ۲ قطرے ایک آونس پانی میں)، اور سوڈیم کاربونیٹ ایک فیصدی آغزالہ کے چند قطرے دن میں چار بار ٹپکائے جاسکتے ہیں، اور ان کو ڈالنے سے پہلے بورک آئیڈ کے ٹھنڈے محلول سے فطول کرنا چاہئے۔ ایک اور دوا جو اکثر استعمال کی جاتی ہے، یلو آکسائیڈ آف مرکوری (yellow oxide of mercury) کا ۲ فیصدی مرہم ہے۔



ذرا سا مرہم طمحنی تاجہ میں رکھ کر اُس پر اوپر کے پوٹے سے مالش کر دینا چاہئے۔ سرد وفادات (cold compresses) اور دھنیلے شیشوں کی عینک استعمال کرنے سے مریض کو مزید آرام حاصل ہوتا ہے۔ اذیورینا لین میں ہالو کین (holocaine) کے ایک فیصدی محلول کے ٹپکانے سے تکلیف دہ موضوعی علامات میں عارضی طور پر تخفیف ہو جاتی ہے۔ جب دانے بڑے بڑے ہوں تو ریڈیم کے تکشف سے بعض حالتوں میں شفا حاصل ہوتی ہے، لیکن ایک ایسے مرض میں جس میں اسقدر اُتار چڑھاؤ ہوا کرتے ہیں، نتائج قطعی طور پر فیصلہ کن نہیں سمجھے جاسکتے۔ اس علاج کو احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہئے اور اس کی مطلوبہ مقدار اور آنکھوں کی حفاظت کی تنظیم ایک ماہر کے زیر نگرانی ہونی چاہئے کیونکہ ریڈیم کے استعمال کے بعد موتیا بند بھی پیدا ہو گیا ہے۔

## مقلی جفنی التصاق

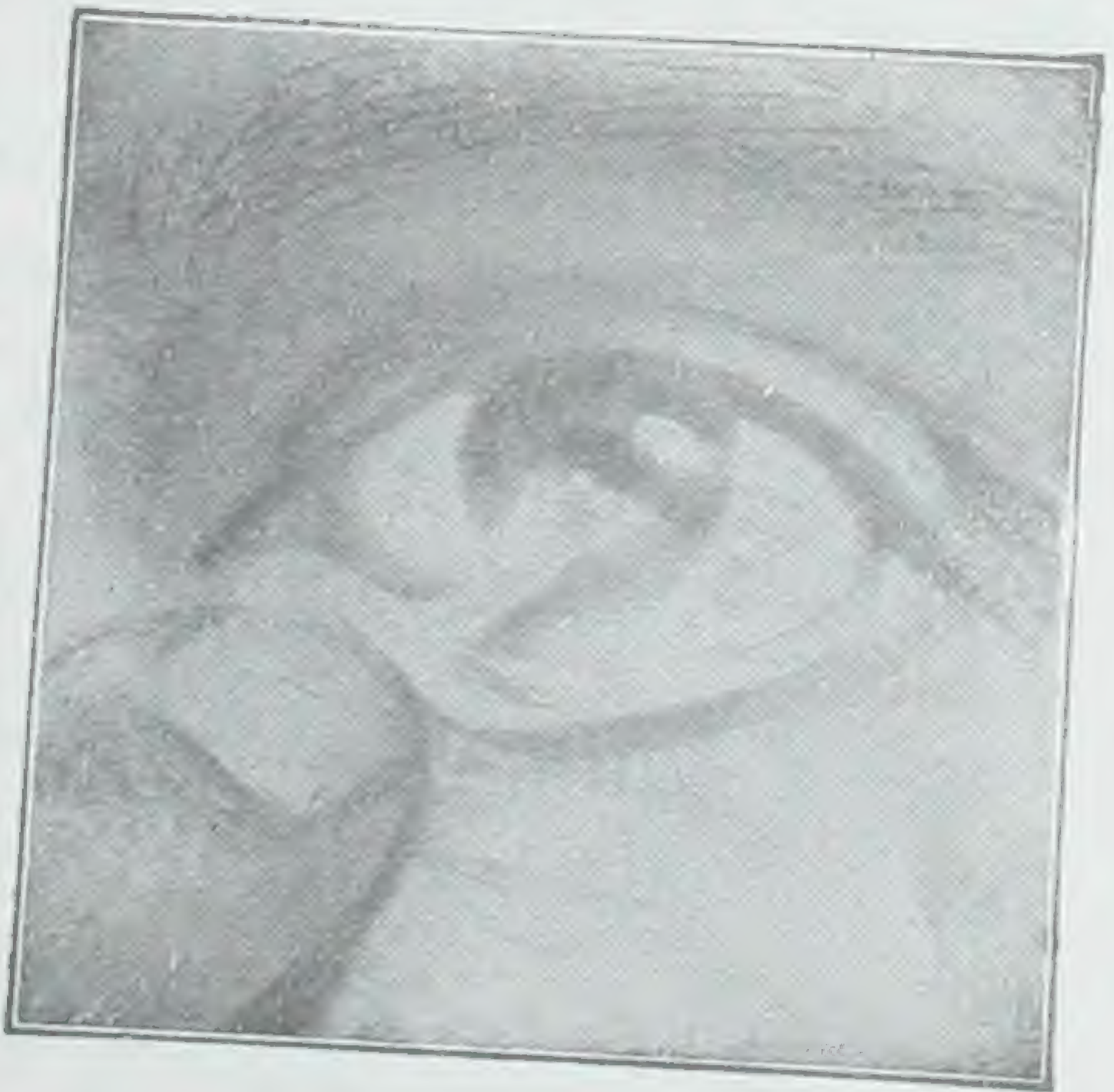
(SYMBLEPHARON)

یہ پوٹے کے ملتہم اور کرہ چشم کی ندبی چسپیدگی (cicatricial attachment) ہے (شکل ۱۲۸)۔ اس میں دونوں پوٹے ماؤف ہو سکتے ہیں، لیکن عموماً نیچے کا پوٹہ ہی ماؤف ہوتا ہے۔ بعض اوقات اس میں قرنیہ کا کچھ حصہ بھی شامل ہوتا ہے۔ اس التصاق (چسپیدگی) کو مقدم یا جزئی (anterior or partial) اُس وقت کہتے ہیں

لے smoked glasses = دھنیلے شیشوں کی عینک۔



جب کہ یہ ایک پل کی طرح پپوٹے سے گزرتا ہے چشم تک پھیلتا ہوا اور ملتحمہ کے اس حصے کو جو قبوہ کے متناظر ہے آزاد (غیر چسپیدہ) چھوڑ دیتا ہو۔ جب صرف قبوہ ماؤف ہو تو اسے موخر (posterior) کہتے ہیں اور جب تمام ملتحمہ ماؤف ہو تو اسے کامل (complete) کہتے ہیں۔ یہ دو بالمقابل متضاد سطحوں (granulating surfaces) کے اتصال (جڑنے) سے پیدا ہوتا ہے۔ چنانچہ



یہ تضرعات کے بعد اور زحار، چوہ، ترشوں، اور گھلائی ہوئی دھاتوں سے جلنے کے بعد ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ حشر (روہوں) کے بعد اور کبھی کبھی ڈیفٹیریائی التهاب ملتحمہ (diphtheritic con-

junctivitis) کے بعد واقع ہوتا ہے۔

شکل ۱۲۸۔ مقلی جفنی التصاق

(Symblepharon) -

مقلی جفنی التصاق

(symblepharon) اکثر گزرتا چشم کی حرکات میں مزاحم ہوتا ہے جس کی وجہ سے دو نظری (diplopia) پیدا ہو سکتی ہے۔ چسپیدہ حصے کے کھینچنے (traction) سے خراش پیدا ہوتی ہے۔ شدید حالتوں میں قرنیہ بھی اس التصاق میں شامل ہو جاتا ہے، جس سے بصارت میں خلل واقع ہوتا ہے۔ یا اگر پپوٹوں کو بند کرنے کی صلاحیت باقی نہ رہے



تو ممکن ہے کہ خرگوش چشمی (lagophthalmos) اور اُس کے عواقب رونما ہوں۔

علاج۔ اگر مقدم ہے اور وسیع (پھیلا ہوا) نہیں، تو ہم بندہ قطع کر کے دونوں کچی سطحوں کو روزانہ ایک سلامتی کی مدد سے علیحدہ کرتے رہتے ہیں، تاکہ وہ جڑنے نہ پائیں اور دونوں میں علیحدہ علیحدہ انداب (cicatrization) واقع ہو جائے۔ اگر جاذب وئی (absorbent cotton) کی ایک چھوٹی سی بٹی کو کسی ملطف روغن (bland oil) یا مرہم سے سیر شدہ (saturated) کر کے اُسے دونوں کچی سطحوں کے درمیان رکھ دیا جائے تو اس سے اس مقصد کے حصول میں مدد مل سکتی ہے۔ یا بند کو گرہ لگا کر باندھ دیا جائے اور گرہ کو اُس میں سے غشت پذیر (slough) ہونے دیا جائے۔

زیادہ شدید شکلوں میں اور مؤخر اور کامل مقلی جفنی التصاق کی تمام حالتوں میں، علیحدہ کردہ کچی سطحوں کو ملتحمہ سے یا جلد سے یا غشاء مخاطی کے پیوندوں سے ضرور ڈھانک دینا چاہئے، تاکہ وہ باہم جڑنے نہ پائیں۔ یہ ذیل کے طریقوں سے کیا جاسکتا ہے۔ (۱) متصلہ لصلی ملتحمہ کو ڈھیل کر کے اُسے نقص (defect) پر لاکر سی دیا جائے۔ (۲) لب کی غشائے مخاطی کی دھجیاں لیکر، یا خرگوش کے ملتحمہ کی دھجیاں لیکر، اُن کے پیوند چسپاں کر دئے جائیں۔ (۳) متصلہ سطحوں سے جلدی وامن (skin-flaps) لاکر اُن سے نقص کو ڈھانک دیا جائے۔ (۴) ٹیرش کے جلدی پیوند (Thiersch skin-grafts) جسم کے دوسرے حصوں سے لیکر انھیں ایک مصنوعی آنکھ پر یا سیسہ کی چادر کے



ٹکڑے پر مہار دیا جائے یہاں تک کہ وہ پیوند چپک جائیں۔

## شخیمہ

(PINGUECULA)

یہ ایک چھوٹا کسی قدر ابھرا ہوا زردی مائل رنگ کا دانہ ہے جو قرنہ کی اندرونی اور بیرونی جانبوں پر واقع ہوتا ہے، یعنی اُس مقام پر جہاں ملتحمہ ہوا اور گرد و غبار کی زد میں سب سے زیادہ ہوتا ہے۔ یہ بالخصوص بوڑھے لوگوں میں زیادہ نمایاں ہوتا ہے، اور جب ملتحمہ مشرب (injected) ہو تو نہایت ممتاز ہوتا ہے۔ شخیمہ چربی سے نہیں بنتا (جیسا کہ اس کے نام سے ظاہر ہے) بلکہ وہ ملتحمہ کی ایک دبازت ہے جو زرد لچکدار بافت (yellow elastic tissue) کے زیادہ نمواور زجاجی مادہ کے جماؤ کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اس میں ہمیں کسی مداخلت (علاج) کی کبھی ضرورت نہیں پڑتی۔

## ناخنہ (ظفرہ)

(PTERYGIUM)

یہ جھلی کی ایک مثلثی تہ ہے جو بین جفنی شقاق (interpalpebral fissure) میں پیدا ہو جاتی ہے اور عینی ملتحمہ کے اندرونی یا بیرونی حصہ سے لیکر قرنہ تک پھیلتی ہے (شکل ۱۲۹)۔ اس کا سراقرنیہ سے غیر متحرک طوڑ متحد ہوتا ہے اور قاعدہ پھیل کر ملتحمہ کے ساتھ ضم ہو جاتا ہے۔

علامات: تازہ ناخنہ کثیر العروق ہوتا ہے اور اسی واسطے اُس کا



رنگ لال ہوتا ہے۔ بعد میں اُس کا رنگ بدل کر وہ ایک سپید و تر نما جھلی بن جاتا ہے۔ اُس کا مرکزی حصہ صلبیہ سے مضبوط چپکا ہوا ہوتا ہے، لیکن اوپر اور نیچے اُس کا حاشیہ لطیفہ کے ایک دہراؤ سے بنتا ہے۔ وہ آہستہ آہستہ قرنیہ کے مرکز کی طرف بڑھتا رہتا ہے اور اس دوران میں طبعی خراش کے معتدل علامات پیدا کرتا ہے، اور ممکن ہے کہ بالآخر قرنیہ کے معتد بہ حصہ کو ڈھانک دے۔ کم و بیش

خراش کے علاوہ وہ بدنائی بھی پیدا کر دیتا ہے، اور قرنیہ پر پھیل کر بصارت میں خلل انداز ہوتا ہے۔ وہ عموماً قرنیہ کی اندرونی جانب، اور نسبتاً کم حالتوں میں قرنیہ کی بیرونی جانب اور کبھی ان دونوں مقامات پر واقع ہوتا ہے۔ وہ ایک آنکھ میں یا دونوں آنکھوں میں ہو سکتا ہے۔



شکل ۱۲۹۔ ناخنہ (ظفرہ)

-( Pterygium )

بحث اسباب - ناخنہ

عموماً سن رسیدہ اشخاص میں ہوتا ہے جو تیز ہوا یا گرد و غبار میں کھلے رہتے ہیں (مثلاً کاشتکار، کوچران، معمار، ملاح)۔

امراض ضیاء - یہ رائے کہ ناخنہ شجیمہ کے تفرج کے قرنیہ کے

اندر پھیل جانے اور لطیفہ کو اپنے پیچھے کھینچ لی جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، اب ترک کر دی گئی ہے۔ اگرچہ اس کی امراض ضیاء متعین طور پر معلوم نہیں ہے، تاہم خیال کیا جاتا ہے کہ یہ عارضہ ایک



انحطاطی عمل ہے جو طویل المدت اور دیر پا خراش کے اثر سے واقع ہوتا ہے۔ اس انحطاطی عمل سے ملتحمہ پتلا ہو کر ازاں بعد بیش پروردہ (متفتخ) ہو جاتا ہے۔ اس کے ساتھ سر حملہ اور غشائے بوسن کا وہ حصہ جو قرنیا کے ماؤف حصے سے متناظر ہے، تلف ہو جاتا ہے اور اس میں لینی بافت کا جماؤ ہوتا ہے۔

علاج یہ ہے کہ ناخنہ کو مختلف عملیاتی طریقوں (operative methods) میں سے کسی ایک کے ذریعہ کاٹ کر نکال دیا جائے۔ ایک تیز نشتر (scalpel) یا پیر کے چاقو (Beer's knife) (شکل ۶) سے ناخنہ کی تقطیع (dissection) کرنے کے بعد اسے کاٹ کر نکال دیا جائے، اور ملتحمہ نقص کو اوپر اور نیچے کے کناروں کو باہم ملا کر بند کر دیا جائے۔ کناروں کو ایک دوسرے سے قریب لانے کی غرض سے اگر ضرورت ہو تو ملتحمہ کی زیر کاوی (undermining) کی جاسکتی ہے۔ ناخنہ کے راس کو قرنیا سے پورے طور پر جدا کر کے نکال دینا چاہئے، اور اس کی چسبیدگی اور پیوستگی کے مقام کو کھرچ دیا جائے یا حقیقی کئی (actual cautery) کے ذریعہ داغ دیا جائے، تاکہ نخس مرض (recurrence) نہ ہو۔ ناخنہ کو کاٹ کر نکال دینے کی بجائے یہ کیا جاسکتا ہے کہ اسے تقطیع (dissection) کر کے اوپر اٹھا لیا جائے اور جدا کئے ہوئے ملتحمہ کے نیچے ٹانک کر، اوپر یا نیچے دفن کر دیا جائے۔ یا اسے دو حصوں میں تقسیم کر کے ایک حصہ کو اوپر اور دوسرے کو نیچے منتقل کر کے ایک ٹانکے کے ذریعہ ملتحمہ جیب میں ٹانک دیا جائے بعض حالتوں میں بار بار نکال دینے کے بعد بھی ناخنہ پھر پیدا ہو جانے کا رجحان ظاہر کرتا ہے۔



کاذب ناخنہ (pseudo-terygium)۔ یہ ملتحمہ کے ایک دُہراؤ کی قرنیہ کے ساتھ چسپیدگی ہے، جو قرنیہ کے تقریح کا نتیجہ ہوتی ہے۔ حقیقی ناخنہ سے اس کی شناخت کا طریقہ یہ ہے کہ حدِ قرنیہ کے مقام پر اُس کے نیچے ایک باریک سلائی گذاری جاسکتی ہے۔ اگر کاذب ناخنہ سے بہت بدشکلی پیدا ہو رہی ہو تو اُسے اُس کی قسریہ چسپیدگی سے علحدہ کر دیا جائے۔

## زیر ملتحمی نزف

187

(SUBCONJUNCTIVAL HÆMORRHAGE)

بصلی ملتحمہ کے کم یا زیادہ حصہ کو شوخ یا گہری سرخ چکیتیاں ماؤ کر دیتی ہیں (شکل ۱۰۸، صفحہ ۸)، اور اُن کے ساتھ کوئی التهابی علامات نہیں موجود ہوتے۔ کُرہ چشم کی چوٹوں (تضرّات)، عملیات، اور التهابات کے بعد کدم (ecchymosis) دکھائی دیتا ہے۔ زیر ملتحمی نزف اکثر اوقات بوڑھے آدمیوں میں دیکھا جاتا ہے، جنکے عروقِ مویہ خستہ اور بے لوج (brittle) ہوتے ہیں اور جن میں زور لگانے کے مختلف کاموں سے ایسے نزف کی تحریک ہو جاتی ہے۔ نیز بچوں میں کالی کھانسی (whooping cough) کے بعد زیر ملتحمی نزف دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ کوئی اہمیت نہیں رکھتا اور ایک ہفتہ کے اندر جذب ہو جاتا ہے۔



## ملتحمہ کی چوٹیں

یہ بہت عام ہیں اور ان میں مندرجہ ذیل چیزیں شامل ہیں :-

۱۔ اجسام غریبہ (foreign bodies) - ملتحمہ کی تاجہ کے اندر

اجسام غریبہ، جو گرد و غبار، لوہے، کوئلہ، یا راکھ (وغیرہ) پر مشتمل ہوں۔  
یہ عموماً اوپر کے پھوٹے کی اندرونی سطح سے چپک جاتے ہیں، اور  
شدید درد اور خراش پیدا کر دیتے ہیں۔ پھوٹے کو الٹ کر انھیں باہر  
نکالا جاسکتا ہے۔

۲۔ زخم - ملتحمہ کے وسیع زخموں کو ٹانکے لگا کر بند کر دینا چاہیے۔

۳۔ حرقات (burns) - یہ بالکل عام ہیں اور کھولتے ہوئے

پانی، بھاپ، چونا، گچ (mortar)، پتھلی ہوئی دھاتوں، اور برتنوں

کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ ایسے حادثہ (جلنے) کے بعد ایک بھور احرقی جلد

(eschar) یعنی جلا ہوا داغ بن جاتا ہے۔ اس کے علیحدہ ہونے پر

ایک متارک سطح (granulating surface) باقی رہ جاتی ہے جو

بذریعہ انداب (cicatrization) مندمل ہوتی ہے۔ اس طرح اکثر

مقلی جفنی التصاق (symblepharon) پیدا ہو جاتا ہے۔

علاج یہ ہے کہ جس قدر جلد ممکن ہو کاوی (caustic) یعنی

جلانے والی چیز کو بالکل نکال دیا جائے۔ ٹھوس ذرات کو جاذب

روئی یا چمٹے سے نکال دیا جاتا ہے۔ پھر ملتحمہ کی تاجہ کو ایسے محلولات سے

دھو دیا جائے، جو اس کاوی شے کی تبدیل کر دینے کا رجحان رکھتے



ہوں، یا اسے ملنا پذیر بنا دیتے ہوں۔ چونکہ گچ، یا کاوی قلویات (caustic alkalies) کی صورت میں ہم بورک آئیڈ کے محلول سے خوب دھو ڈالتے ہیں، یا آنکھ کو روغن (تیل) سے دھو دیتے ہیں۔ اگر کاوی عامل ترشہ کی قسم سے ہو تو سوڈیم بائی کاربونیٹ (sodium bicarbonate) کے ہلکے محلول سے آنکھ کا نطول (irrigation) کیا جائے۔ لیکن چونکہ خراش آور اور متلف عامل کو بلا کسی تاخیر کے نکال دینا نہایت ضروری اور اہم ہے، لہذا تعدیل کنندہ محلولات (neutralizing solutions) کا انتظار کرنا خلاف مصلحت ہے، بلکہ بہترین طریقہ یہی ہے کہ فی الفور پانی کی مقدار کثیر سے نطول کر دیا جائے، خواہ وہ مادہ غریب (foreign material) (بیرونی شے) ترشی ہو یا قلوئی۔ ٹھوس ذرات کو جاذب روئی یا چمٹے سے نکال دیا جائے۔ بعد میں ہم سرد رفاوا (cold compresses) اور ایٹروپین استعمال کرتے ہیں، ملتحی تاجہ کو کسی لطیف مرہم (bland ointment) مثلاً ایک فیصدی بورک آئیڈ سے بھرا ہوا رکھتے ہیں، اور ڈھیلا گاز اور روئی کی پٹی لگا دیتے ہیں۔ جب تک کہ حرکہ (burn) سطحی نہ ہو، حرقی جلبات (eschars) ضرور پیدا ہوں گے۔ جب یہ ڈھیلے ہو کر اتر جاتے ہیں تو کچی اور متاثرہ سطح (granulating surfaces) ظاہر ہو جاتی ہیں۔ ان میں انضمامات (adhesions) یعنی چپکیاں بنا دینے کا بہت رجحان ہوتا ہے۔ چنانچہ ان انضمامات کو اکثر جلد کرنا پڑتا ہے۔ مگر انکو جلد کرنے میں انتہائی احتیاط کے باوجود بھی مقبلی جفنی التصاق (symblepharon) پیدا ہو جانے کا بہت امکان ہوتا ہے۔



# باب پنجم

189

## امراض قرنیہ

**تشریح۔** قرنیہ کرہ چشم کے بیرونی طبقہ کا صاف و شفاف اگلا حصہ ہے۔ وہ قریب قریب مدور ہوتا ہے، لیکن انتصابی رخ کی نسبت عرضی رخ میں کسی قدر زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ اس کے اغنا کا نصف قطر صلبیہ (sclera) کے نصف قطر کی نسبت کسی قدر چھوٹا ہوتا ہے۔ دونوں (قرنیہ اور صلبیہ) کے مقام اتصال کو حد قرنیہ (limbus) کہتے ہیں، لیکن ان دونوں کی بافتیں کامل تسلسل رکھتی ہیں۔ قرنیہ پانچ تہوں سے مرکب ہے، جن کی ترتیب باہر سے اندر کی طرف اس طرح ہے: (۱) سرطلی خلیوں (epithelial cells) کی تہ۔ (۲) غشائے بوومن (Bowman's membrane)۔ (۳) حقیقی جرم (proper substance) قرنیہ۔ (۴) غشائے ڈیسیمٹ (Descemet's membrane) اور (۵) درملہ (endothelium) کی ایک تہ۔

سرطلیہ (epithelium) جو قرنیہ کو سامنے سے ڈھانکتا ہے، طبقاتی (stratified) قسم کا ہوتا ہے، جس میں سطح پر چھٹے قشری (چھلکے دار) سرطلی خلیات، اور ان کے نیچے کثیر الاضلاع (polygonal) خلیات اور



سب سے نیچے استوانی (columnar) خلیات ہوتے ہیں۔ سرحد علی طور پر  
بصل ملخہ (bulbar conjunctiva) کا ایک جُز ہوتا ہے۔

غشائے بومن (Bowman's membrane)۔ یہ ایک پتلی، متجانس

جھلی ہے، جو قرنیه کے سرحد کو حقیقی جرم قرنیه

سے جدا کرتی ہے۔ اگرچہ اسے عموماً ایک

جداگانہ جھلی کی حیثیت سے بیان کیا جاتا

ہے، لیکن درحقیقت یہ جرم قرنیه کا ایک حصہ

ہے، اور جب اسے اعلیٰ تکبیر یافت

(highly magnified) حالت میں لکھا جا

تو یہ باریک ریشوں سے بنی ہوئی نظر آتی

ہے، جو اپنے نیچے کی (ما تحت) تہ سے

قریبی طور پر متحد اور مربوط ہوتے ہیں۔

حقیقی جرم قرنیه

(proper substance of the cornea)

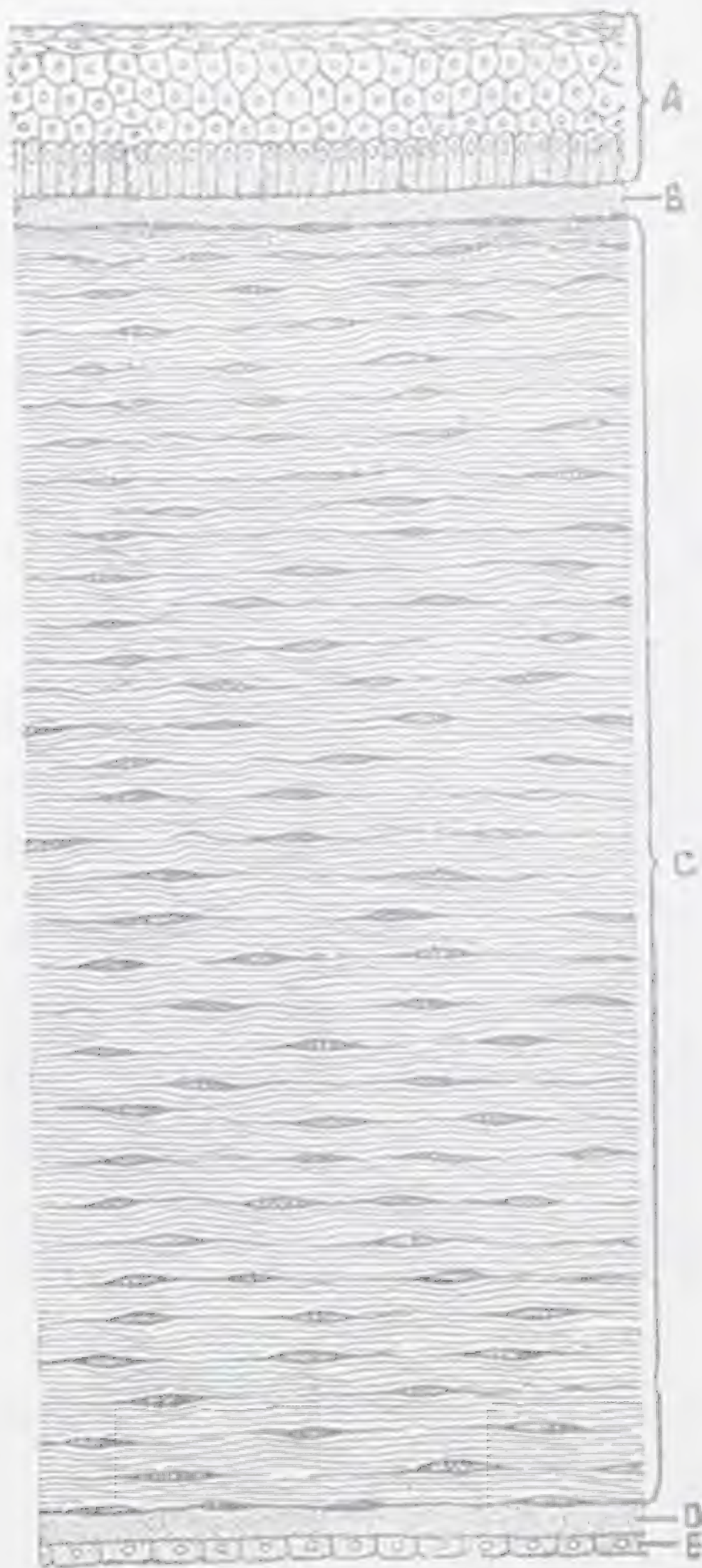
قرنیه کی دبیز ترین تہ، اتصالی بافت

(connective tissue) سے بنتی ہے، جو

ورلیوں (lamellae) میں مُرتب ہوتی ہے،

جن کے مُستوی (planes) قرنیه کی سطح سے

متوازی ہوتے ہیں۔ یہ ایک دوسرے سے



شکل ۱۳۰۔ قرنیه کی تراش، جس سے

اس کی تشریح دقیق ظاہر ہوتی ہے۔

A۔ سرحدی خلیاتوں کی تہ، وغیرہ۔

متحد اور ملحق ہوتے ہیں، اور متبادل تہوں میں زاویہ قائمہ بناتے ہوئے

باہم تقاطع کرتے ہیں۔ منہائی ریشک (fibrils) جن سے وریتے بنے ہیں،



نیز و ریتے بنانے والے ریشکوں کے مختلف بنڈل ایک شفاف لازق مادہ (cement substance) کے ذریعہ ایک جگہ بندھے ہوئے (باہم پیوستہ) رہتے ہیں۔ جرم قرنیه میں فضاؤں یا حفریہ زوں (lacunae) کا ایک نظام گذرتا ہے جو ریشکوں کو جدا کرنے والے (یعنی اُن کے درمیان کے) لازق مادہ میں واقع ہوتا ہے اور اپنی اطالیتیں (prolongations) ہر سمت میں بھیتا ہے۔ یہ اطالیتیں چھوٹی چھوٹی قنالیں (مجاری) بنادیتی ہیں جن کے

ذریعہ اُس مستوی کے حفریہ زوں سے اپنے اوپر اور نیچے کے حفریہ زوں سے رابطہ رکھتے ہیں۔ فضا میں شاخدار



خلیوں (corneal corpuscles):

قرنیہ جسامت سے کسی قدر بھری ہوئی ہوتی ہیں اور خلیات کی یہ شاخیں چھوٹی قنالوں (مجاری) میں سے گذر کر متصل خلیوں کے ساتھ رابطہ حاصل کرتی ہیں۔ (جیسا کہ اوپر

شکل ۱۳۱۔ قوس شیخو (Arcus Senilis)۔

بیان کیا گیا ہے) خلیات فضاؤں کو مکمل طور پر پر نہیں کرتے بلکہ لیمفاورلینی جسامت (lymph corpuscles) کے گذرنے کے لئے جگہ چھوڑ دیتے ہیں۔ حقیقی جرم قرنیه غیر منقطع طور پر (یعنی مسلسل) جاری رہ کر صلبیہ سے جا ملتا ہے۔

غشائے ڈیسیمیٹ (Descemet's membrane) (posterior)

elastic lamina : موخر ورقہ نرن) ایک مہین اور محکم (firm) بے ساخت (structureless)، شفاف، اور اعلیٰ درجہ کی لچکدار تہ ہے، جو قرنیه کے



عقبتی جرم کے عقب میں واقع ہے۔ قرنیہ کے محیط پر یہ لچکدار ریشوں کے مشعع (radiating) بندلوں کے اندر منتقل ہو جاتی ہے، جو رابطہ مشعلی (ligamentum pectinatum) بناتے ہیں۔

عقبی جانب خزانہ مقدم (anterior chamber) سے متصل پیٹے شش پہلو خلیات کی ایک منفرد تہ ہوتی ہے جو درحکمہ (endothelium) ہے۔

قرنیہ میں عروق دھویہ نہیں ہوتے۔ مقدم ہدبی عروق (anterior ciliary vessels) سے نکلنے والے شعری چنبر (capillary loops) قرنیہ کے محیط کے گرد ایک حلقہ بنا دیتے ہیں۔ قرنیہ کا تغذیہ مذکورہ بالا لفظی قنالوں کے نظام کے ذریعہ ہم پہنچتا ہے۔ قرنیہ کی عصبی رسد نہایت وافر ہے اور اُن اعصاب سے پہنچتی ہے جو ہدبی اعصاب (ciliary nerves) سے نکلتے ہیں۔

قرنیہ اور صلبیہ کے درمیان کا حدِ قرنیہ (limbus) کے نام سے موسوم ہے۔ قرنیہ کے حاشیہ کے قریب، اتصالِ صلبیہ و قرنیہ (sclero-corneal junction) کے ذرا ہی اندر، اکثر ہمیں ایک غیر شفاف سفیدی مائل حلقہ، یا حلقہ کا ایک حصہ ملتا ہے۔ اس کو حلقہ شیخوخت (arcus senilis) (شکل ۱۳۱) کہتے ہیں۔ یہ قوس شمی ذرات کے جماؤ کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے اور زیادہ تر بڑی عمر میں ہوتا ہے، اگرچہ کبھی کبھی نوجوانوں میں بھی دیکھا جاتا ہے۔

## التهابات قرنیہ - قرنی التهاب

(INFLAMMATIONS OF THE CORNEA—KERATITIS)

قرنی التهاب (keratitis) میں عام طور پر علامات ذیل پائی جاتی ہیں:



معروضی علامات (Objective Symptoms) - (۱) درریش

(infiltration) جس کے ساتھ سطح قرنیہ میں تکدر (دھندلا پن) پیدا ہو جاتا ہے اور اس کی شفافیت کم ہو جاتی ہے۔ اس کے بعد

امور ذیل کا وقوع ممکن ہے:- (الف) درریش کا کامل انجذاب۔

(ب) یا نامکمل انجذاب کے بعد عتامات (opacities) کا باقی رہ جانا۔

یا (ج) تقيج (suppuration) واقع ہو کر قرص (ulcer) کا بن جانا

(۲) محدود یا عام تھوٹن عروق (vascularization) جس میں

عروق دمویہ حد قرنیہ (limbus) پر کے ملتحمی چنبروں سے مانوڑا ہوتے

ہیں۔ (۳) گرد قرنیہ اشتراک (circumcorneal injection)۔

(۴) التهاب ملتحمہ (conjunctivitis) جو اکثر ایک پیچیدگی کے

طور پر ہوتا ہے۔ (۵) متصلہ گہرے حصے [یعنی قرنیہ (iris) اور

جسم ہدبی (ciliary body)] اکثر ماؤف ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ

اس کا نتیجہ یہ ہو کہ خزانہ مقدم (anterior chamber) میں پیپ

پڑ جائے (کوشکی ریم: hypopyon)۔

موضوعی علامات (Subjective Symptoms) - درد

تدمع (اشک ریزی) خلل بصارت۔

اقسام - التهاب قرنیہ تقيجی (suppurative) اور غیر تقيجی

(non-suppurative) میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔

تقيجی التهاب قرنیہ (Suppurative Keratitis)۔

اس کی عام صورتیں یہ ہیں: (۱) نفیطی التهاب قرنیہ (phlyctenular

keratitis) اور (۲) قروح قرنیہ - غیر معمولی صورتیں یہ ہیں:



(۳) التهابِ قرنیہ جو پوٹوں کے ناکمل طور پر بند ہونے (خرگوش چشمی lagophthalmos) سے پیدا ہو جائے۔ (۴) غصب شللی التهابِ قرنیہ (neuro-paralytic keratitis)۔ (۵) جفوفی التهابِ قرنیہ (xerotic keratitis)۔

غیر تقيحي التهابِ قرنیہ (Non-suppurative Keratitis)۔ اس کے عام اقسام یہ ہیں: (۱) رنکی التهابِ قرنیہ (interstitial keratitis) اور (۲) عروقی سحابی التهابِ قرنیہ (vasculonebulous keratitis) (سبیل: pannus)۔ غیر معمولی قسمیں یہ ہیں: (۳) حویصیلی التهابِ قرنیہ (vesicular keratitis) (۴) عمیقی یا عمیق التهابِ قرنیہ (keratitis profunda) (۵) تفتلی التهابِ قرنیہ (sclerosing keratitis) اور (۶) فیتہ نما التهابِ قرنیہ (ribbon shaped keratitis)۔

نقِطی التهابِ قرنیہ (Phlyctenular Keratitis) کا بیان اس سے پہلے نقِطی التهابِ طحّمہ (Phlyctenular Conjunctivitis) کے عنوان کے تحت درج کیا گیا ہے (صفحہ ۱۲۸) اور وہ خاص علامات جو قرنیہ کے ماؤف ہونے پر پیدا ہو جاتی ہیں، بتلائی گئی ہیں۔

## قرعہ قرنیہ

(ULCER OF THE CORNEA)

یہ ایک درریش (infiltration) ہے، جس کے بعد تقيج



واقع ہو کر قرنیہ کا جرم تلف ہو جاتا ہے۔ یہ مرض نہایت کثیر الوقوع ہے۔  
 موضوعی علامات - درد، نور ترسی، تدتبع (اشک ریزی)  
 اور جنبی شنج (blepharospasm) بعض اوقات یہ تمام علامات  
 خفیف ہوتے ہیں یا بالکل ہوتے ہی نہیں، اور اس کے باوجود قرعہ نہایت  
 وسیع اور خطرناک ہو سکتا ہے۔

142

معروضی علامات - یہ قرعہ قرنیہ کے ایک محدود حصہ کی  
 کدڑ، رمادی مائل، یا رمادی مائل زرد درریش سے شروع ہوتا ہے۔  
 اس رقبہ میں تقیق واقع ہو کر اس کی اوپری تہیں اتر جاتی ہیں اور اس طرح  
 جرم قرنیہ تلف ہو جاتا ہے۔ یہ عمل دو سمتوں میں بڑھ سکتا ہے، یعنی  
 قرعہ یا تو قرنیہ کی سطح پر پھیل کر قرنیہ کے زیادہ تر حصہ کو مآؤف کر سکتا ہے،  
 یا قرنیہ کے عمق میں پھیل کر زیادہ گہرا ہو سکتا ہے، یا وہ رقبہ اور گہرائی  
 دونوں میں پھیلتا اور بڑھتا ہے۔ اکثر اوقات اس کا پھیلاؤ قرنیہ  
 پر ایک ہی سمت میں ہوتا ہے۔ بعض وقت اس کے ساتھ ساتھ  
 مقابل جانب پر قرعہ کے مندرجہ ہونے کا رجحان ہوتا ہے، جس کا  
 یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ قرعہ محض اپنا مقام تبدیل کرتا رہتا ہے (رینگنے والا  
 یا دبیب قرعہ: creeping or serpiginous ulcer) - تلف شدہ  
 جرم کے بالکل گرد اگر تقریباً ہمیشہ قرنیہ میں ایک کم و بیش رمادی مائل  
 درریش ہوتی ہے، اور معتد بہ دہلی شراب۔ (ciliary injection)  
 پایا جاتا ہے (شکل ۱۳۲، صفحہ ۱۱)۔

اگر یہ قرعہ چھوٹا اور سطحی ہے تو ممکن ہے کہ یہ خود کو چند ہی روز کے  
 دوران میں صاف کر لے۔ قرنیہ کا تلف شدہ حصہ جھڑ کر علیحدہ ہو جاتا ہے،



در ریختہ کنارہ صاف ہونے لگتا ہے، اور اندام شروع ہو جاتا ہے۔ اس کے ساتھ عروقِ دمویہ کا ظہور ہوتا ہے جو حدِ قرنیہ (limbus) سے نکل آتے ہیں، اور یہ عمل انداب (cicatrization) میں ختم ہو جاتا ہے۔ اگر قرص سرطانیہ سے زیادہ گہرائی تک نہ پہنچے تو ممکن ہے کہ قرنیہ بالکل شفاف رہے۔ لیکن جب قرنیہ کے جرمِ حقیقی کا کچھ حصہ تلف ہو جاتا ہے تو اس کی جگہ نئی اتصالی بافت پیدا ہو جاتی ہے اور ایسا ندبہ (scar) ہمیشہ کم و بیش غیر شفاف (مکدر) ہوتا ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ قرص کی جائے وقوع ایک خفیف سے نشیب (قرنیہ کی روئیک: corneal facet) کی وجہ سے نمیز ہو۔

فلوئیسین (fluorescein) کے ۲ فیصدی محلول کے چند قطرے ٹپکانے سے در ریزش اور تفرح کی وسعت کے جانچنے میں سہولت ہوتی ہے۔ اس محلول سے ایسے تمام متفرح اور در ریختہ حصوں کا رنگ سبز ہو جاتا ہے۔

جب قرص زیادہ گہرا ہوتا ہے تو موضوعی اور معروضی علامات دونوں زیادہ نمایاں ہوتی ہیں، اور پیچیدگیاں اور عوارض زیادہ خطرناک ہوتے ہیں۔ متصلہ ساختوں میں التهاب کے علامات ظاہر ہوتے ہیں، یعنی التهاب ملتحمہ (conjunctivitis)، قرص کا امتلا (congestion of iris)، بلکہ التهابِ قرصیہ (iritis) مع اپنے مخصوص علامات کے جن کے ساتھ کوشکی ریم (hypopyon) بھی شامل ہے۔ کوشکی ریم خزانہ مقدم میں پیپ کا جمع ہونا ہے۔ یہ پیپ قرص سے نہیں اخذ ہوتی بلکہ متورم قرصیہ (iris) اور جسمِ ہدبی (ciliary body) سے



مرشح ہو کر خزانہ مقدم کی تہ میں جمع ہو جاتی ہے (شکل ۱۳۳، صفحہ ۱۱) یا ممکن ہے کہ وہ اس فضا کو جزئاً یا کلاً بھردے۔ جب تک قرنیہ میں سوراخ نہیں ہوتا یہ پیپ عقیم (sterile) رہتی ہے اور ممکن ہے کہ اس عارضہ کے دوران میں غائب ہو کر پھر نمودار ہو جائے۔ پیپ یا تو سیال رہتی ہے، یا جب فائبرین (fibrin) کے ساتھ ملی ہوئی ہو تو ایک نیم جامد (semi-solid) کروی تو وہ بنا دیتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایسا قرحہ، نمایاں عتمیت قرنیہ (corneal opacity) (شکل ۱۳۵-۱۳۶) کے سوائے اور کوئی مستقل مضرت چھوڑے بغیر منسل ہو جائے یا ممکن ہے کہ ابھار (عنبہ مقدم: anterior staphyloma) (شکل ۱۴۱) پیدا ہو جائے۔ لیکن گہرے اور پھیلتے ہوئے قروحوں کا مرقہ قرنیہ میں انشعاب (perforation) واقع ہو جانے کی وجہ سے اکثر ترمیم یافتہ ہو جاتا ہے اور یہ انشعاب دوران اندمال (healing) میں آنکھ کی فائدہ مندی اور سلامتی پر مختلف طریقوں سے اثر انداز ہوتا ہے۔

ایک سادہ قرحہ کا ممر مرض کی صحت کی حالت سے اور اُس کے صاف ستھرا رہنے سے بہت کچھ متاثر ہوتا ہے۔ ایک مزدور پیشہ شخص کے قرنیہ کے چھوٹے سے چھوٹے قرحہ یا خراشیدگی (abrasion) کو معمولی اور خفیف نہیں سمجھنا چاہئے۔

قرنیہ کا انشعاب (Perforation of the Cornea)

انشعاب سے پہلے اکثر قرحہ کے فرش میں سے غشائے ڈیسمیٹ کا بروز (protrusion) ہو کر اُس سے ایک چھوٹا شفاف آبلہ نجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ انشعاب خود بخود ہو جائے، یا دباؤ کی اُس زیادتی کی وجہ سے





شکل ۱۳۲—قرحۂ قرنیہ  
(Corneal ulcer)



شکل ۱۳۳—قرحۂ قرنیہ مع کوشکی ریم  
Corneal ulcer with hypopyon



شکل ۱۳۴—ملتصق بیاض القرنیہ  
(Leucoma adherens)



شکل ۱۳۵—سبیل (Pannus) اور  
پیوٹے کی ندایت (Scarring)



شکل ۱۳۶—قرنیہ کے نفیطی قرحے - حزمی  
التهاب قرنیہ (Fascicular keratitis)



شکل ۱۳۷—رخنکی التهاب قرنیہ  
(Interstitial keratitis)







واقع ہو، جو جفنی شنج (blepharospasm) سے یا زور لگانے (مثلاً رونے، پھینکنے، یا کھانسنے) سے پیدا ہو جاتی ہے۔ گاہے آنکھ کے امتحان میں زور لگانے سے بھی مریض کے قرنیہ کا انتقاب ہو سکتا ہے۔ رطوبت مائیہ (aqueous humour) باہر نکل آتی ہے، اور اکثر اس کے ساتھ قرزیہ (iris) بھی زخم کے اندر آ جاتا ہے۔ آنکھ نرم محسوس ہوتی ہے، خزانہ مقدم (anterior chamber) عموماً غائب ہو جاتا ہے، اور قرزیہ اور عدسہ قرنیہ کے برابر (پہلو بہ پہلو) آ جاتے ہیں۔ قرنیہ کا انتقاب مرض کے مہربرا چھا اثر رکھتا ہے، چنانچہ انتقاب کے بعد موضعی علامات میں تخفیف ہو جاتی ہے، اور تناؤ کم ہو جانے کی وجہ سے قرحہ کا اندمال شروع ہو جاتا ہے۔

جب یہ فتح (سوراخ) انداب (cicatrization) کے ذریعہ بند ہو جاتا ہے تو قرزیہ (iris) اپنے طبعی مقام پر واپس آ جاتا ہے۔ لیکن بارہا ایسا بھی ہوتا ہے کہ قرزیہ انتقاب (سوراخ) کی دیواروں سے بدستور چپکا ہوا، یا سقوط و خروج (prolapse) کی حالت میں باقی رہتا ہے، اور پھر زخم کے ندبہ (scar) کیساتھ منضم (incorporated) ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت کو مقدم التصاق قرزیہ (anterior synechia) کہتے ہیں، اور چونکہ ندبہ قرنیہ میں ایک کثیف سفید عتمیت (opacity) پیدا کر دیتا ہے لہذا اسے ملتصق بیاض القرنیہ (adherent leucoma) کہتے ہیں۔ اکثر و بیشتر ندبہ کے اندر قرزیہ کا صرف ایک حصہ کھینچ آتا ہے، ایسی صورت میں پتلی کم و بیش ناشپاتی کے شکل کی ہوتی ہے۔ بعض اوقات پتلی کا پورا حاشیہ چپکا ہوا ہو سکتا ہے



جس سے مدقہ کی مسدودی (occlusion) اور مفرت (exclusion) قسبت

دونوں واقع ہو جاتی ہیں۔

ممکن ہے کہ انشقاب کے وقت عدسہ منخلع (dislocated) ہو جائے

(اپنی جگہ سے ہٹ جائے) اور بعض اوقات عدسہ باہر نکل آتا ہے۔

144

جب وہ سامنے آ کر فتحہ (سوراخ) کے حاشیوں کے برابر لگا رہتا ہے،

اور پھر خزانہ مقدم کے دوبارہ بن جانے کے بعد پیچھے چلا جاتا ہے، تو

اکثر اُس کے زیر غلافی سرطلہ (subcapsular epithelium) میں تکار

پایا جاتا ہے۔ قرنیه پر عدسہ کا دباؤ پڑنے سے اس زیر غلافی سرطلہ

(subcapsular epithelium) میں خراش واقع ہو کر عدسہ کی اگلی سطح پر

ایک سپید داغ سا بن جاتا ہے (شکل ۲۱۹) جسے مقدم غلافی یا مقدم قطبی

نزول الماء (anterior capsular or anterior polar cataract)

کہتے ہیں۔

گا ہے انشقاب بند نہیں ہونے پاتا، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ

قرنیہ میں ناسور (fistula) رہ جاتا ہے۔ اس حالت سے آنکھ کے لئے

ما بعد خطرناک التهاب میں مبتلا ہو جانے کا خدشہ رہتا ہے اور اُس کی

سلامتی خطرہ میں پڑ جاتی ہے۔ انشقاب کے بعد التهاب قرنیہ و جسم ہدلی

(iridocyclitis)، بلکہ التهاب کُل العین (panophthalmitis)

تک ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، بالخصوص اُس وقت جبکہ تفتیحی عمل قسبی

(زہریلا) ہو۔

بحث اسباب۔ قرنیه کے قرعے عموماً بالغول اور ممر اشخاص

میں پائے جاتے ہیں۔ صرف نقطی قرعے (phlyctenular ulcers)



ہی ایسے ہیں جو بچوں میں عام ہوتے ہیں۔ اعلیٰ طبقوں کی نسبت ادنیٰ طبقوں میں قرحہ زیادہ کثیر الوقوع ہیں، اور یہ اکثر اُن افراد میں زیادہ ہوتے ہیں جن کی عام صحت ادنیٰ درجہ کی ہوتی ہے۔

یہ عمل (تقرح) دراصل ایک سرایت ہے جو مختلف دقیق عضویوں (نیومو کاکائی، ریوی بقات، اسٹریپٹو کاکائی، بنگات، سیمیہ، اسٹیفلو کاکائی، بنگات، عنبیہ، صفحہ ۹) کے ذریعہ واقع ہوتی ہے۔ یہ دقیق عضویہ اکثر مزمن التهاب ملتحمہ (chronic conjunctivitis) کے افراد اور بالخصوص التهاب تاجہ ومعی (dacryocystitis) کے افراد کے ذریعہ داخل ہو جاتے ہیں۔

اسباب محمّر کہ حسب ذیل ہیں: (۱) ضربہ (Traumatism) (اجسام غریبہ، تضررات یعنی چوٹیں)۔ یہ نہایت کثیر الوقوع اسباب میں سے ہے۔ (۲) ملغمی التهابات (رمد سوزا کی، رمد نومو لوو، روہے، وفتیریائی التهاب ملتحمہ)۔ (۳) فیصلی التهاب قرنیہ (phlyctenular keratitis)۔ (۴) قرنیہ کے تغذیہ میں خلل (شلاقی توامی عصب trigeminus: کا تشلل، لیمیت قرنیہ: keratomalacia، زرق الماء: glaucoma: (۵) عملیوں کے دوران میں سرایت کا وقوع۔ (۶) چیچک (variola)۔ (۷) کلا (herpes)۔

امراضیات۔ قرحہ قرنیہ کے ساتھ واقع ہونے والے تغیرات سرایت (infection)، دررزش (infiltration) تنخر (necrosis) اور اندمال (repair) پر مشتمل ہوتے ہیں۔ سرایت بروں زاد (exogenous) ہوتی ہے اور قرنیہ کے سرملہ کے کسی نقص میں سے



ریمز اعضویوں (pyogenic organisms) کے داخل ہو جانے کی وجہ سے واقع ہوتی ہے۔ یہ عضو بے قرصہ کی قسم کے لحاظ سے کسی قدر مختلف ہوتے ہیں۔ قشبی (زہریلی) قسم کے قرصے اکثر نبتہ ریوی (نیومو کاسس) کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو تنہا یا دوسرے عضویوں (اسٹیفیلو کاکائی، اسٹریپٹو کاکائی، گانوکاکائی، ڈیفٹیریا ٹی عصیوں) کے ساتھ مخلوط پایا جاتا ہے۔ ابتداؤ سفید خلیوں سے مرحلہ کی درریش کا ایک مادی (مکورا) منطقہ ہوتا ہے۔ یہ درریش زیادہ گہری ہو تو اس منطقہ میں غشائے بومن اور قرینتی وریقے (corneal lamellae) بھی شامل ہوتے ہیں۔ ازان بعد سفید خلیے زیادہ گہرائی تک حملہ آور ہو کر وریقوں کے درمیان پہنچ جاتے ہیں۔ پھر ماؤف حصوں کا تنخر واقع ہوتا ہے، اور غشیہ (slough) یعنی سڑی گلی ہوئی ساخت کا کچھ حصہ خارج ہو کر ایک مغارہ (excavation) باقی رہ جاتا ہے۔ یہ مغارہ قرصہ کے فرش اور اس کی دیواروں پر مشتمل ہوتا ہے، اور غشیہ کے باقیات سے اور تنخری وریقوں سے (جن کے درمیان کثیر الاشکال نواتی سفید خلیے حامل ہوتے ہیں) ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ بالآخر اندمال (repair) شروع ہوتا ہے، جس میں سطحی عروق دمویدہ ہوتے ہیں۔ یہ عروق حد قرنیہ (limbus) سے آگے بڑھ کر آتے ہیں اور وہ سامان مرمت (مسالہ) بہم پہنچاتے ہیں جو ضائع شدہ جرم کی جگہ لے لیتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سامان تمامہ ان سطحی خلیوں پر مشتمل ہو جو قرصہ کی کوروں سے اندر کو بڑھ آتے ہیں، بشرطیکہ آخر الذکر (قرصہ) محض سطحی رہا ہو۔ لیکن اگر غشائے بومن اور وریقے بھی تلف ہو چکے ہیں تو پیدا شدہ نقص (زخم) یعنی ساخت (fibrous tissue) سے



بھرتا ہے۔ چنانچہ ایسی حالت میں حیاتیات قرنیہ (corneal corpuscles) منقسم ہو کر نکلے نکلے خلیات (spindle cells) بناتے ہیں، جو بعد میں تبدیل ہو کر لیفی ساخت بن جاتے ہیں۔ اس لیفی ساخت میں قرنیہ جیسی شفافت نہیں ہوتی، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک کم و بیش غیر شفاف ندبہ حاصل ہوتا ہے۔

مریضی اقسام (Clinical Forms)۔ قروح قرنیہ کے ممر کے بعض اختلافات پہلے بیان ہو چکے ہیں۔ قروح قرنیہ کا طریق تسمیہ (nomenclature) نہایت وسیع ہے اور علامات یا ممر کے خصوصیات پر مبنی ہوتا ہے۔ مندرجہ ذیل قروح خاص طور پر قابل ذکر ہیں۔

سادہ قرعہ (Simple Ulcer) کے نام سے اکثر اس جھوٹے اور سطحی قرعہ کو یاد کرتے ہیں، جس میں خراش کے خفیف یا شدید علامات موجود ہوں، مگر انشقاب (perforation) کا رجحان نہ ہو اور جس کا اختتام بلا کسی پیچیدگی کے اندام میں ہو۔ ایسے قرعے اکثر نفیحات (phlyctenulae) و خفیف چوٹوں سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

نازلی قرعہ (Catarrhal Ulcer) بالعموم میں نازلی التهاب ملتحمہ (catarrhal conjunctivitis) میں بطور پیچیدگی کے ہوتا ہے۔ اس میں موضوعی علامات کی زیادتی کے ساتھ محیط منقطہ در ریشیں پیدا ہو جاتی ہیں اور ان کے تضام (باہم مل جانے) سے ایک ہلال بن جاتا ہے، جو ایک سطحی قرعہ میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ یہ قرعہ ہم مرکز (concentric) ہوتا ہے اور حد قرنیہ کے ذرا ہی اندر ہوتا ہے۔ اس کا ممر عموماً امید افزا ہوتا ہے اور اندام بہ سرعت



واقع ہوتا ہے۔ اگر کوئی عتیت (opacity) باقی رہ جاتی ہے تو اس سے بصارت میں کمی نہیں ہوتی کیونکہ وہ مدتی قرحہ (pupillary area) سے باہر ہوتی ہے۔

عمیق قرحہ (Deep Ulcer) وہ ہے جو زیادہ گہری تھوں کو ماؤف کرنے کا اور قرنیہ پر پھیلنے کے بجائے زیادہ تر اس کی تنقیب (چھیدنے) کا رجحان ظاہر کرتا ہے۔ اس میں علامات کے نمایاں ہونے کا امکان ہوتا ہے، عموماً قرحہ (iris) ماؤف ہوتا ہے اور کو شکلی ریم (hypopyon) اکثر موجود ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے اس کے نتائج اکثر اوقات خطرناک ہوتے ہیں۔

قرحہ د بیب (قرحہ ساعیہ: Serpent Ulcer، قرحہ دابہ:

146

Ulcer serpens، سرایت زدہ قرحہ: Infected Ulcer، کو شکلی ریمی

التهاب قرنیہ: Hypopyon Keratitis)۔ یہ ایک نہایت زہریلی

قسم کا قرحہ ہے، جو قرنیہ کے معتد بہ حصہ پر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے

اور کسی کے ساتھ قرنیہ کی گہرائی میں بھی پھیلتا ہے۔ اس کے موضوعی

علامات عموماً شدید ہوتے ہیں، اگرچہ بعض اوقات وہ خفیف بھی

ہوتے ہیں۔ مرضی عمل قرنیہ کے مرکز کے قریب ایک رمدی مائل زرد

درریش کے طور پر شروع ہو کر بہ سرعت ایک قرحہ میں تبدیل ہو جاتا

ہے جس کے حاشیے (خصوصاً بڑھتی ہوئی جانب پر) غشت پذیر

(sloughing) ہوتے ہیں، جہاں اکثر ایک زردی مائل ہلال ہوتا ہے

(شکل ۱۳۳، صفحہ ۱۱)۔ باقی ماندہ قرنیہ اکثر دھندلا (مکدر) ہو جاتا ہے،

اور دیرینہ (infiltrated) ہوتا ہے۔ یہ عمل بہت تیزی کے ساتھ



بڑھتا جاتا ہے، اس سے قرنیہ کا بیشتر حصہ تلف ہو جاتا ہے اور انشقاب (perforation) واقع ہو جاتا ہے۔ التهاب قزحیہ (iritis) ابتدا ہی میں ہو جاتا ہے اور شدید ہوتا ہے، اور کوشکی لیم (hypopyon) تقریباً ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ قرعہ کی قشیت (virulence) اور اس کے ساتھ کے التهاب قزحیہ کی وجہ سے آنکھ کو بہت زیادہ نقصان پہنچتا ہے۔ قزحیہ التصاق (adhesion) اور سقوط (prolapse) کثیر الوقوع ہے، پتلی اکثر سدود ہو جاتی ہے اور التهاب قزحیہ و جسم بدنی (iridocyclitis) اور التهاب کل بعین (panophthalmitis) کا وقوع بھی شاذ نہیں۔ قرنیہ کی معتد عتبت (opacity) ہمیشہ، اور اکثر عنبہ (staphyloma) بھی ہو جاتا ہے۔ اسی لئے بصارت میں معتدبہ خلل واقع ہو جاتا ہے اور وہ اس قدر کم ہو جاتی ہے کہ اکثر اوقات محض ادراک نور (perception of light) باقی رہتا ہے۔ خارج شدہ مواد میں ریوی نبتات (pneumococci) پائے جاتے ہیں۔

مزدوج عصبی قرعہ (Diplobacillary Ulcer)۔  
یہ نفیسی قرعہ (hypopyon ulcer) کی ایک خفیف تر قسم ہے۔  
مزدوج عصبیہ (diplobacillus) کی وجہ سے بچوں میں، اور کبھی کبھی بالغوں میں، ہوتی ہے۔ اس کا ممر زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ یہ قرعہ جانباً پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے مگر انشقاب (perforation) کا کم رجحان رکھتا ہے۔

قرعہ موئرین (Mooren's Ulcer) قرنیہ کے حاشیہ کے



قریب شروع ہوتا ہے اور بتدریج اُس پر پھیل جاتا ہے۔ اس کی بڑھتی ہوئی کور زیر کا ویدہ (undermined) ہوتی ہے۔ اس اثنا میں ممکن ہے کہ قرعہ کا دوسرا حصہ منسل ہو رہا ہو، اگرچہ یہ عموماً دوبارہ ٹوٹ جاتا ہے۔ یہ قرعہ شاید قرینہ کی نصف دبازت کو ماؤف کر دیتا ہے، اور انتقاب (سوراخ) نہیں کرتا۔ ممکن ہے کہ دونوں آنکھیں ماؤف ہوں۔ یہ مرض بہت شاذ ہے۔ خود بین سے دیکھنے پر قرعہ کا فرش انگوری بافت (granulation tissue) جیسے چھوٹے گول خلیوں کے مجموعہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس قرعہ کا سبب نامعلوم ہے، اگرچہ اس کے سریری عمر کے لحاظ سے یہ خیال ہوتا ہے کہ ممکن ہے کہ ہنر ال نخاع کے قرعہ ثاقب (perforating ulcer of tabes) کی طرح یہ بھی دار العصبی مبداء (neuropathic origin) رکھتا ہو۔ علاج تقریباً مایوس کن معلوم ہوتا ہے، لیکن قرعہ کی بڑھتی ہوئی کور پر برقی کواک (electric cautery) کے متواتر اطلاقات آزمانا چاہئے۔

حاشیہ حلقہ نما قرعہ (Marginal Ring Ulcer)۔  
یہ نادر الوقوع ہے اور اس کا عمر آہستہ اور وقفوں کے ساتھ ہوتا ہے۔ یہ حاشیہ کے مختلف حصص کو یکے بعد دیگرے ماؤف کرتا جاتا ہے، اور اس طرح قرینہ کے گرد اگر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے۔  
قرعہ شفاف (Transparent Ulcer)۔ یہ قرعہ چھوٹا، سطحی اور مرکزی ہوتا ہے، اور پھیلنے یا انتقاب (سوراخ) کرنے کا



کوئی رجحان نہیں ظاہر کرتا۔ یہ خاصکر بچوں میں ہوتا ہے، اور اس قرعہ کے بعد شیت (opacity) نہیں ہوتی، یا بہت کم ہوتی ہے، بلکہ اکثر صرف ایک چھوٹا گڑھا رہ جاتا ہے، جس کو ٹروئیک (facet) کہتے ہیں۔

نعلی قرعے (Herpetic Ulcers) پھوٹے ہوئے (مشتوق)

نعلی آبلوں سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ وہ عموماً جموی امراض (acute febrile diseases) بالخصوص نمونیہ اور انفلوئنزا، کے دوران میں دیکھے جاتے ہیں، اور ان کے ساتھ خراش کے نمایاں علامات موجود ہوتے ہیں۔ وہ گروہ درگروہ یا قطار در قطار واقع ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، اور ماؤف مقام بے حس ہوتا ہے۔ اگر ثانوی سرایت نہ واقع ہو تو عموماً وہ بہ سرعت مندمل ہو جاتے ہیں۔

شجر شکل قرعہ (Dendriform Ulcer) (Dendriform)  
Keratitis: شجر شکل التهاب قرنیہ)۔ یہ سطحی قرعہ کی ایک مزمن قسم ہے۔ اس میں قرعہ ایک رمادی مائل خط سے شروع ہو کر شاخیں نکالتا ہوا پھیلتا ہے۔ ان شاخوں کے سرے گومڑی دار یا گروہ دار (knobbed) ہوتے ہیں۔ یہ قرعہ عموماً جموی عوارض کے ساتھ ہوا کرتا ہے، اور جنگ عظیم کے دوران میں تپ خندقی (trench fever) کے بعد نہایت عام طور پر دیکھا گیا۔

خراج قرنیہ (Abscess of the Cornea)۔ یہ جرم قرنیہ کے اندر ایک ریوی درریش ہے، جو سطح کی طرف سے اور پیچھے دونوں مقام پر تندرست یافت سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ موضوعی علامات وہی ہوتے ہیں جو سرایت زدہ قرعہ (infected ulcer) میں ہوتے ہیں،



اور عموماً اس کے ساتھ التهابِ قزحیہ (iritis) اور کوشکی (hypopyon) موجود ہوتا ہے۔ حلقہء ارضخراج قرنیہ (Ring Abscess of the cornea) کی اصطلاح اس سرایت کے لئے استعمال کی جاتی ہے جو چھیرنے والے (ثاقب) زخموں (شاذ صورتوں میں عملیوں) کے بعد واقع ہو جاتی ہے۔ ان میں قرنیہ کے مرکزی حصہ میں ایک زرد حلقہ پیدا ہو کر جلد ہی اس حصہ میں تنخر (necrosis) واقع ہو جاتا ہے اور بالآخر عموماً التهابِ کل لعین (panophthalmitis) ہوتا ہے۔

علاج تین قسموں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے، یعنی (۱) بنیعی (constitutional) (۲) اُن مقامی عوارض کا علاج جو پہلے سے موجود ہوں (۳) تقریحی عمل کا مقامی علاج۔

بنیعی علاج۔ چونکہ قروح عموماً ان لوگوں میں واقع ہوتے ہیں جن کی عام حالت درجہ اعتدال سے گری ہوئی ہوتی ہے، لہذا ضروری ہے کہ نظامِ جسم کی تقویت اور قویٰ کی اصلاح کے لئے غذا، تازہ ہوا، صحتی ماحول، آنسوؤں کی حالت و غیرہ کی طرف توجہ کی جائے۔ اکثر مقویات (tonics) استعمال کئے جاتے ہیں۔

پہلے سے موجود (سابق الوجود) مقامی عوارض کا علاج۔

اجسام غریبہ کو نکال دیا جائے اور دوسرے مقامی خراش اور عوارض کا تدارک کیا جائے۔ التهابِ ملتحمہ (conjunctivitis) اور التهابِ چہرہ (dacryocystitis) کے مختلف اقسام پر نہایت احتیاط سے توجہ

کرنی چاہئے۔

مقامی علاج: ایروپین (بعض اوقات ایسیرین) 'پٹی'



گرم رفادات (hot compresses)، دافع عفونت غسولات (antiseptic lotions) کا استعمال - کھرچنا (scraping)، واغنا (cauterization) اور قرنیہ کا بزل (paracentesis)، اور قرعہ میں بہ طریقہ سیمش شکاف دینا (division of the ulcer by Saemisch's method)۔

ایٹروپین قرعہ کی تہ میں کی حسی عصبی منتہاؤں کو بے حس کر دیتی ہے، پتلی کو پھیلاتی ہے، اور تند متع (اشک ریزی) (lacrymation) کو روکتی ہے۔ اُس کے ایک فیصدی محلول کا ایک قطرہ آنکھ میں ڈالا جائے یا ویزلین سے بنائے ہوئے ایک فیصدی مرہم کا دن میں تین بار یا اس سے زیادہ بار استعمال کیا جاسکتا ہے۔ بعض اوقات جبکہ قرعہ محیطی ہو اور اُس میں انشقاب (سوراخ ہو جانے) کا احتمال ہو تو ایٹروپین کی بجائے ایسیرین (eserine) استعمال کرنے کی سفارش کی جاتی ہے، لیکن چونکہ ایسی حالتوں میں التهابِ قرعہ (iritis) پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے لہذا ممکن ہے کہ ایسیرین ایک خطرناک دوا ثابت ہو کیونکہ وہ پتلی کو سُکھا دیتی ہے، درآغالیکہ ضرورت اس کی ہے کہ جب قرعہ ملتهب (inflamed) ہو تو پتلی کو پھیلا ہوا رکھا جائے۔ مزید براں ایسیرین ایٹروپین کی نسبت زیادہ خراش آور ہوتی ہے۔

اگر درد شدید ہو اور ایٹروپین کے استعمال سے اُس میں تخفیف نہ ہو تو ممکن ہے کہ ایک یا دو دن کے لئے کوکین (cocaine) یا ہالو کین (holocaine) استعمال کرنا پڑے۔ یہ دوائیں، خاص کر کوکین، ضرورت سے زیادہ طویل عرصہ تک ہرگز استعمال نہیں کرنا چاہئے، کیونکہ ان دواؤں سے قرنیہ کے مرحلہ کے جھڑ جانے (exfoliation: تسخ) کا رجحان ہوتا ہے۔



حفاظت۔ آنکھ کی حفاظت کے لئے ڈھبیلی عینک (smoked glass) یا پٹی استعمال کی جاسکتی ہے۔ ڈھبیلی باندھی ہوئی پٹی نہ صرف آرام دہ ہوتی ہے، بلکہ وہ پپوٹوں کو بند اور بے حرکت رکھ کر قرعہ کی خراش کو بھی روکتی ہے۔ مزید براں اُس سے نفع بخش گرمی بھی حاصل ہوتی ہے۔ لیکن جب اخراج (مواد) زیادہ ہو تو سطحی قروح کی حالت میں پٹی کا استعمال ممنوع اور نامناسب ہے۔ بہر حال ایسی ہر حالت میں جس میں قرینہ میں انشقاب (perforation) (سوراخ ہونے) کا امکان ہو، ایک مضبوط (دائے) پٹی باندھی جاتی ہے۔ اسے دن میں کئی بار کھولنا اور پھر باندھنا پڑھتا ہے، تاکہ آنکھ کو صاف کرنے اور مقامی ادویہ کو لگانے کا موقع ملتا رہے۔

گرم رفا دات (Hot Compresses) دن میں کئی بار آدھے آدھے گھنٹے تک لگانے چاہئیں یہ قرعہ کے اندمال میں مُمد ہوتے ہیں۔  
دافع عفونت غسولات (Antiseptic lotions) مثلاً بوریک ایسڈ، سوڈیم کلورائیڈ، بائی کلورائیڈ آف مرکوری (bichloride of mercury) (۶۰۰۰۰۰) مُصفیٰ عالات (cleansing agents) کی طرح اثر انداز ہوتے ہیں اور خاص کر اُس وقت مفید ہیں جبکہ مواد زیادہ خارج ہوتا ہو۔ انھیں ایک منطال (آبیاری) (irrigator) یا پچکاری میں سے استعمال کرنا چاہئے، اور جب قرعے موجود ہوں تو مُغسلِ چشم (eyebath) میں سے ہرگز استعمال نہیں کرنا

۱۔ pressure bandage فشاری پٹی یا دابہ پٹی۔



چاہئے۔

دوسری تدبیریں جو بعض اوقات استعمال کی جاتی ہیں حسبِ ذیل ہیں:

آیوڈوفارم (iodoform) قرنیہ پر چھڑکنا یا مرہم کی شکل میں لگانا۔

کروسیو سبلیمیٹ (corrosive sublimate) (۱:۵۰۰۰) کے زیرِ ملتحی

اثریابست (subconjunctival injections)۔ پروٹارگال

(protargol) (۱۰ فیصدی)۔ فارمالین (formalin) (۱:۲۰۰۰)۔

اجنبی پروٹینز (Foreign Proteins)۔ قرصہ کی قشبی

(زہریلی) قسموں میں کثیر گرتی مصل (polyvalent serum) دینا

فائدہ مند ہو سکتا ہے، یا جوش دئے ہوئے دودھ (boiled milk)

(۵ تا ۱۰ مکعب سمر) کا اثریاب الوی عضلات (gluteal muscles)

میں کیا جائے۔

پھیلاؤ کو روکنا۔ اگر یہ ادویہ ناکافی ہوں اور قرصہ پھیلتا جاتا ہو

تو قرصہ کی تہ اور عاشیوں کو ایک تیز چھوٹے چمچے یا مجرف (curette)

سے کھرچ کر، یا بہتر یہ ہے کہ اس رقبہ کو داغ کر (cauterizing)

ساری ماسک (infective focus) کو تلف کر دیا جائے۔

تکویہ (داغنا) (Cauterization) خاص مایع کاربویک ایسڈ

(liquid carbolic acid) سے کیا جاتا ہے۔ قرنیہ کو جاذب کاغذ سے

خشک کر کے اس ترشہ کو ایک تیز نوکدار دیاسلانی سے لگا دیا جاتا ہے۔

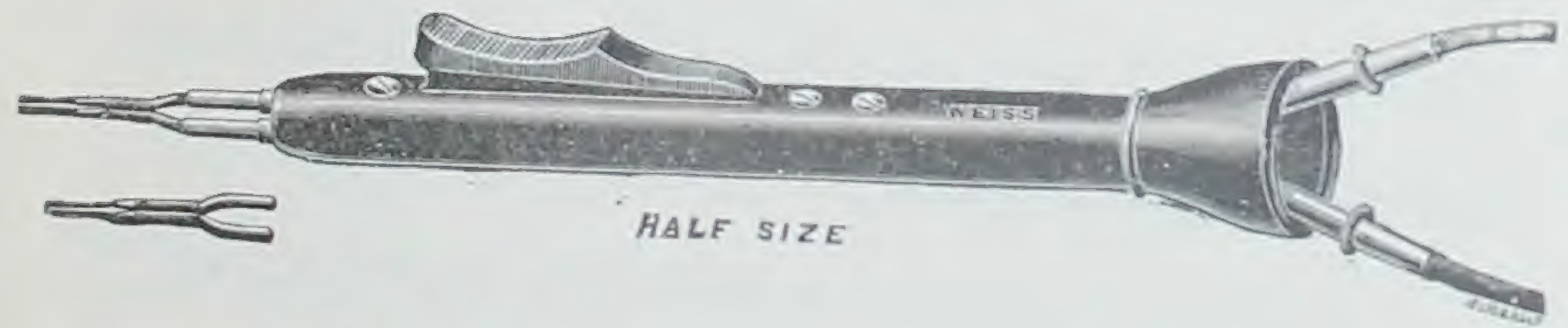
حقیقی کئی (actual cautery) یا گیلوانی کوائ (galvano-cautery)

سے بھی داغا جاتا ہے۔

صبغہ آیوڈین (Tincture of iodine) یا الکحل مطلق



(absolute alcohol) قرنیہ کے قروں کی دفع تھرا (disinfection) اور تمکویہ (واغنے) کا ایک نہایت کارگر ذریعہ ہے۔ جاذب روٹی کا ایک ٹکڑا ایک بلساق (applicator) پر مضبوط لپیٹ کر صبغہ آلوڈین (یا انکھل) میں ڈبوایا جائے اور پھر چند منٹ تک ہوا میں کھلا رکھا جائے تاکہ اُس میں مائع کی زیادتی نہ رہے۔ اب اُسے قرصہ اور اُس کے درزختمہ (infiltrated) حاشیوں پر رگڑ دیا جائے۔ اس طریقہ سے عموماً متعدد بار یکے بعد دیگرے کئی دنوں تک، واغنے کی ضرورت ہوتی ہے۔



شکل ۱۳۸۔ گیلوانی مکواۃ (Galvano-cautery)۔

گیلوانی مکواۃ (Galvano-Cautery)۔ آنکھ کو کامل طور سے بے حس کرنے اور قرصہ کو فلوئوسین (fluorescein) سے رنگنے کے بعد، شکل ۱۳۸ میں بتلائے ہوئے برقیہ (electrode) کو اس حصہ پر جس کو داغنا منظور ہے، ٹھنڈا رکھ دیا جائے۔ اب مواصلہ (connexion) کر لیا جائے (یعنی گیلوانی مکوات کے کھٹکے کو سرکار برقی روجاری کر دی جائے) جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مشعل (burner) کا رنگ گہرا سرخ ہو جاتا ہے۔

۱۔ to make connexion = مواصلہ کرنا۔ برقی روجاری کرنا۔



پھر جلدی سے (مقاطعہ کر کے) جوڑ توڑ دیا جاتا ہے (یعنی برقی رو کو بند کر دیا جاتا ہے)۔ یا برقیہ کو پہلے ہی سے گرم کر کے اُن نقطوں پر جن کو داغنا ہے جلد جلد لگایا جائے۔ اس طرح سے متواتر نقطوں (خاص کر قرحہ کے حاشیوں) کو داغنا جائے۔ ہر نقطہ کو ذرا ہی دیر کے لئے داغنا چاہئے تاکہ انتقاب (perforation) (سوراخ) نہ ہونے پائے اور زیادہ گہرے حصوں تک ایصال حرارت (conduction of heat) نہ ہونے پائے۔  
 قرحہ کو داغنے کے لئے پلاٹینم کا ایک چھوٹا سا قلم (platinum bulb) جو ہاتھی دانت کے دستہ میں جڑا ہوا ہوتا ہے (شکل ۱۳۹)



شکل ۱۳۹۔ پلاٹینم کا قلم (Platinum Cautery)۔

مشاق ہاتھوں میں اس (بکواۃ) سے بھی ایک بہتر آلہ ثابت ہوتا ہے۔ اس قلم کو ایک اسپرٹ لمپ سے گرم کر لیا جاتا ہے (جس سے وہ دمک کر سرخ ہو جاتا ہے)۔ اُسے ہاتھ میں پکڑ کر تیار رکھا جاتا ہے اور جیسے ہی کہ دن کی روشنی میں اُس کی دمک اور سرخی غائب ہو اُسے جلدی سے قرحہ کی سطح پر لگا دیا جاتا ہے۔ تار کے برقیہ (wire electrode) کی نسبت اس قلم کی شکل (وضع) اس کام کے لئے



زیادہ موزوں ہے اور چونکہ اس آلہ کی جسامت بھی چھوٹی ہوتی ہے لہذا اس سے زیادہ نزاکت اور سبکدستی سے کام لے سکتے ہیں۔  
مقیاسی کٹی (Metri-cautery) جس میں عامل کو برقی زائد حرارت (electrically generated heat) کے درجہ پر قابو حاصل ہوتا ہے، سرایت زدہ اور کوشکی ریمی قرحوں (hypopyon ulcers) میں نہایت کارآمد ہے۔ اس آلہ کی نوک پر ایک تیش پیم (thermometer) جسے رو کو منضبط کر کے ۵ تا ۸ درجہ سینٹی گریڈ پر قائم رکھا جاتا ہے تیش کا اندراج کرتا ہے۔ قرنہ کو بے حس کرنے کے بعد آلہ کا ہر قرحہ پر ایک منٹ کے لئے لگایا جاتا ہے۔ اس سے عضویہ (جراثیم) ہلاک ہو جاتے ہیں مگر بافت تلف نہیں ہوتی۔

بزلِ قرنہ (Paracentesis of the cornea) - یہ ایک دوسری عمدہ تدبیر ہے۔ یہ سوراخ اکثر ایک مینزل (trocar) کے ذریعہ کیا جاتا ہے، جس کا ایک دبیز کندھا باہر کو مچھلایا ہوا ہوتا ہے جو مینزل کو زیادہ دھرتک داخل نہیں ہونے دیتا۔ ایک نیرنگ چاقو (lance-shaped knife) (شکل ۱۹۲) چوڑی سوئی (شکل ۲۱۷) یا گریفے کے چاقو (Graefe knife) (شکل ۲۰۷) سے بھی یہ سوراخ کیا جاسکتا ہے۔ مقامی بے حس اور تثبیتی کلابیب (fixation forceps) (شکل ۱۸۶) سے کرنہ چشم کی تثبیت کے بعد چھیدنے والے آلہ کو، قرنہ کے زیرین حاشیہ کے قریب، قرنہ میں عموداً (کھڑا) داخل کر دیا جاتا ہے، بجز اس صورت کے جبکہ قرحہ کا محل وقوع اسے کسی دوسری جگہ داخل کرنے کی ضرورت ظاہر کرے۔ جیسے ہی کہ اس کی نوک خزانہ مقدم (anterior chamber) میں پہنچے



چھیدنے والے آلہ کے دستہ کو جھکا دیا جاتا ہے۔ اب اس امر کی احتیاط رکھتے ہوئے کہ قرعہ (iris) اور عدسہ (lens) زخمی نہ ہونے پائیں اس چاقو یا بزل کو افقاً (آڑا) آگے دھکیلا جائے، یہاں تک کہ شکاف تقریباً ۳ ملی میٹر (ممر) لمبا ہو جائے۔ ازاں بعد زخم کے پچھلے لبوں پر دباؤ رکھتے ہوئے، آلہ کو آہستہ آہستہ واپس نکال لیا جائے، تاکہ خزانہ آبی (aqueous chamber) کا مافیہ بہ تدریج خالی ہو جائے۔ ممکن ہے کہ عمل بزل (paracentesis) کر کرنا پڑے، یا ایک سلامتی (probe) سے زخم کو روزانہ پھر کھولنے کی ضرورت ہو، یہاں تک کہ قرعہ صاف ہو جائے۔

151 انشقاب (perforation) کے خطرہ کا سد باب کرنیکے لئے ہمیشہ عمل بزل (paracentesis) بطور پیش بندی کے کر لینا چاہئے۔ خود بخود انشقاب کا خطرہ نہ ہوتا بھی عمل بزل کے بعد تناؤ کے موقتی طور پر کم ہو جانے کی وجہ سے لمفی فضا میں خالی ہو جاتی ہیں اور اس کا مفید اثر یہ ہوتا ہے کہ اس قرعہ میں بھی جو پہلے مشکل سے اچھا ہو رہا تھا عمل اندال (healing) شروع ہو جاتا ہے۔

عملیہ سیمیش (Saemisch's operation) کے ذریعہ قرعہ کو کھول دینے کا طریقہ اب بڑی حد تک متروک ہے، اور اس کے بجائے عمل بزل (paracentesis) اور حراری کئی (thermo-cautery) (کئی بالنار) یا متیاسی کئی (metri-cautery) کو زیادہ پسندیدہ خیال کیا جاتا ہے، لیکن یہ عملیہ (سیمیش) قروح ساعیہ یا دبیب قروحوں (serpiginous ulcers) کی بعض شدید قسموں میں کارآمد ہوتا ہے۔ اگر اس عمل کے کرنے کا ارادہ ہو تو اسے ابتدا ہی میں، قرنیہ کے زیادہ



وسیع طور پر تلف ہونے سے پہلے، کرنا چاہئے۔ قرحہ سے ایک یا دو ملی میٹر باہر کو قرنیہ کی صاف بافت میں سے گریفے چاقو بھونک کر اسے خزانہ مقدم میں سے گزارتے ہوئے قرحہ سے ایک تا دو ملی میٹر اندر کی جانب باہر نکالا جائے۔ چاقو کی دھار کا رخ سامنے کی طرف رکھا جائے اور قرحہ کو اُس کے وسط میں سے چیر کر کوشکی ریم (hypopyon) خارج کر دیا جائے۔ قرحہ کے خود بخود انشقاب (spontaneous perforation) کے بعد ایٹروپین ٹپکا کر ایک ٹاب پٹی (pressure bandage) باندھ دی جائے، اور کامل آرام لینے پر اصرار کیا جائے۔ اگر قرحہ کا خروج (prolapse) تازہ ہو تو اُسے فتحہ (سوراخ) کے حاشیوں کے انضمام (adhesion) سے جدا کر کے کاٹ دیا جائے۔ اس سے وہی اثر حاصل ہوتا ہے جو قرحہ برآری (iridectomy) سے ہوتا ہے۔ لیکن اگر قرحہ کا خروج کئی دنوں سے موجود ہو تو اُسے اُسی طرح چھوڑ دینا چاہئے۔ ممکن ہے کہ بعد میں جراحی مداخلت کی ضرورت اور نوعیت ظاہر ہو جائے۔

جب عمل اندمال اچھی طرح شروع ہو چکا ہو تو بعض ملکی مہیج ادویہ (stimulating remedies) مثلاً یو آکسائیڈ آف مرکیوری کا مرہم یا اُس سے بھی بہتر ڈائیونین (dionin) (ایک تارونی صدی) کے قطرے دن میں ایک بار، استعمال کرنا چاہئے تاکہ انداب (cicatrization) جلد واقع ہو اور قرنیہ جس قدر جلد ممکن ہو صاف ہو جائے۔

پیپٹوں کی ناقص سدودی (Defective Closure of the Lids) کی وجہ سے التهابِ قرنیہ (Keratitis)۔



التهاب قرنیہ کی یہ قسم قرنیہ کے کھلا رہنے کی وجہ سے ہوتی ہے، اس وقت جبکہ پپوٹے قرنیہ کو ڈھکا ہوا نہ رکھیں (lagophthalmos: نرگوش چشمی)۔ ایسے حالات میں قرنیہ خشک ہوتا جاتا ہے اور اس پر ملتحمی افزا اور ہوا کا گرد و غبار جمتا رہتا ہے، جس کی وجہ سے اس میں درریش (infiltration) اور تقرح (ulceration) واقع ہو کر ازاں بعد قرعہ قرنیہ کا صحر جاری رہتا ہے۔ پپوٹوں کی ناقص سدودی کے اسباب یہ ہیں: عضلہ محیطیہ (orbicularis) کا شلل (وجہی شلل facial paralysis: نمایاں جھوٹ (exophthalmos) اور پپوٹوں کے مختلف تشوہات (deformities)۔ علاج یہ ہے کہ اگر ممکن ہو تو نرگوش چشمی (lagophthalmos) کا تدارک کیا جائے، مصفی محلولوں سے ملتحمی تاجہ کا بار بار نلول (irrigation) کیا جائے، اور پپوٹوں کو 152 پیٹی باندھ کر یا پلستر (لصقہ) سے بند کر دیا جائے۔ تا وقتیکہ یہ عارضہ بعض حدود سے آگے نہ بڑھ گیا ہو، اسے اس بگوبز علاج سے قابو میں رکھا جاسکتا ہے۔

### عصبی شللی التهاب قرنیہ (Neuro-paralytic)

(Keratitis) - یہ قرنیہ کے تقرح اور درریشگی کی وہ قسم ہے جو ثلاثی توأمی عصب (trigeminus) کے شلل کے بعد دیکھنے میں آتی ہے۔ بعضوں کا خیال ہے کہ یہ تغیرات پرورشی (trophic) یعنی تغذیہ سے متعلق ہوتے ہیں، دوسروں کی رائے ہے کہ یہ قرنیہ کے کھلا رہنے اور بے حس قرنیہ پر اجسام غریبہ (foreign bodies) کے جاگزین ہونے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ اس التهاب کا آغاز قرنیہ کی ایکٹیوی مرکزی



درخشندگی سے ہوتا ہے، جس کا متمیز خاصہ یہ ہوتا ہے کہ قرنہ کا سر حملہ جھڑکرازاں بعد تقریح واقع ہو جاتا ہے۔ شدید حالتوں میں کوشکی ریم (hypopyon) اور انتحاب (سوراخ) ہو سکتا ہے۔ درد یا تدمع (اشک ریزی) نہیں ہوتا۔ مرض کا مرمز من ہوتا ہے، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قرنہ میں معتدبہ عتمیت (opacity) (تکدر قرنیہ) پیدا ہو جاتی ہے۔ علاج یہ ہے کہ آنکھ پر پٹی باندھ دی جائے، یا پلکوں کو پلستر (لصقہ) سے یا وسطی جفن دوزی (median tarsorrhaphy) کے ذریعہ بند رکھا جائے۔ آٹروپین (atropine) اور گرم رفادات بھی کارآمد ہیں۔

### جفونی التهاب قرنیہ (Xerotic Keratitis)

(Keratomalacia : لینت قرنیہ) - یہ عارضہ قرنیہ کے تغذیہ میں کمی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ یہ ایک نادر مرض ہے، جو نہایت ناتوان بچوں میں ہوتا ہے۔ مرضی عمل دونوں آنکھوں کے ملحتمہ (conjunctiva) کی خشکی سے شروع ہوتا ہے۔ جلد ہی وہ قرنیہ جو جفنی روز (palpebral aperture) سے مناظر ہوتا ہے، مکدر (دھندلا) اور خشک ہو جاتا ہے، اُس پر چھلکے جم جاتے ہیں، اور وہ متقریح اور اکثر اوقات منشعب بھی ہو جاتا ہے۔ شب کوری (رتوند) موجود ہوتی ہے۔ اس کے بیشتر مریض زندگی کے پہلے سال میں ہوتے ہیں اور ان کی بڑی اکثریت کی موت اسی بنیادی مرض کی وجہ سے واقع ہوتی ہے جو قرنیہ کی اس مرضی حالت کا اصلی سبب ہے۔ نسبت زیادہ عمر کے بچوں میں ممکن ہے کہ یہ عارضہ کم شدہ کا ہو۔ لیکن اس میں قرنیہ کے نمایاں عتمات (opacities) قائم رہتے



ہیں۔ علاج میں وہ تدابیر شامل ہیں جو عام طاقت کو زیادہ کریں [ایسی غذائیں جن میں حیاتیاتیں (vitamins) زیادہ ہوں، کارڈیو آئل، مکھن]، اور مقامی طور پر گرم رفادات (hot compresses)، رافع عفونت محلولات، بندش (پٹی)، اور آئیروپین داعیہ علاج ہیں۔

## رنجکی یا سنجلیتی التهاب قرنیہ

(INTERSTITIAL OR PARENCHYMATOUS KERATITIS)

یہ قرنیہ کے وسطی اور پچھلے طبقتوں کی خلوی درختگی (cellular infiltration) ہے، جو اکثر اوقات بچپن میں لاحق ہو جایا کرتی ہے۔ اس عارضہ کا مرمز من ہوتا ہے، اور یہ تفرج (ulceration) نہیں پیدا کرتا، اس کے ساتھ عنبیہ کے خطے (uveal tract) کا کم و بیش التهاب موجود ہوتا ہے۔

معروضی علامات (Objective Symptoms)۔ یہ عارضہ

یا تو قرنیہ کے مرکز میں یا قرنیہ کے عارضیہ سے شروع ہوتا ہے۔ اگر یہ مرکز سے شروع ہوتا ہے تو یہ حصہ ایک رمادی مائل (بھورے) رنگ کی درریش پیش کرتا ہے، اور شروع شروع میں سطحی تہیں اپنی طبعی چمک برقرار رکھتی ہیں۔ یہ مرکزی حکتی جلد ہی پھیل جاتی ہے، یہاں تک کہ پورا قرنیہ ماؤف ہو جاتا ہے۔ اگر مرضی عمل محیط سے شروع ہوتا ہے تو ایک یا زیادہ بھورے رنگ کے ہلال دکھائی دیتے ہیں جو جلد ہی مرکز کی طرف پھیل کر سارے قرنیہ کو ماؤف کر دیتے ہیں۔ جب درریش عمومی ہو جاتی ہے تو قرنیہ نرم پڑ جاتا ہے، اس کا رنگ



گھٹنا بھورا یا بعض اوقات زردی مائل بھورا ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اب قرنیہ (iris) دکھلائی نہیں دیتا اور بصارت اتنی کم ہو جاتی ہے کہ اور اک نور (perception of light) سے ذرا ہی زیادہ باقی رہتی ہے۔ اب قرنیہ کی سطح غبار دار ہو کر اندھے شبیشتے (ground glass) سے مشابہ ہو جاتی ہے۔ اس وقت میں، یا اس سے پہلے

ہی، عمیق المقام عروقِ دمویہ (جو مقدم ہونی : anterior ciliary عروق سے نکلتے ہیں) ظاہر ہو کر قرنیہ پر کم و بیش چھا جاتے ہیں (شکل ۱۳ صفحہ ۱۱)۔ یہ محیط کو یا محدود قطعات کو، یا سارے قرنیہ کو ڈھانک دیتے ہیں۔ اس تعریقی (vascularization) سے ایک میلی سُرخ یا زردی مائل سُرخ بد رنگی پیدا ہو جاتی ہے جس کو سامنی چکیتی (salmon-coloured patch) کہتے ہیں۔ اب تک مرض کی رفتار خراش کے علامات کے ساتھ ہوتی ہے، اور ایک یا دو مہینے تک جاری رہتی ہے۔

اس کے بعد التهاب کم ہونا شروع ہوتا ہے۔ قرنیہ کا محیط صاف ہو جاتا ہے، عروقِ دمویہ کم ہو جاتے ہیں، خراش کے علامات غائب ہو جاتے ہیں، اور بصارت بہتر ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس عمل کے وقوع میں کئی مہینے بلکہ ایک سال لگے، اور قرنیہ کا مرکزی حصہ سب سے آخر میں صاف ہوتا ہے۔ امید افزا حالتوں میں ایک سال یا زائد عرصہ کے بعد بجز ایک خفیف سی مرکزی عتمیت (central opacity) اور چند باریک محطی عروق کے اور کچھ نہیں ملتا۔

لیکن کبھی حالتیں ایسا سلیم ممر اختیار نہیں کرتیں۔ عنبیہ کے خطے (uveal tract) کا اگلا حصہ برابر ماؤف ہوتا ہے۔ خفیف حالتوں میں



صرف قرنیہ کا امتلا (congestion of iris) ہوتا ہے۔ لیکن زیادہ نمایاں قسموں میں التهابِ قرنیہ (iritis) ، التهابِ مشیمیہ (choroiditis) ، التهابِ جسمِ ہدبی (cyclitis) ، اور زجاجیہ (vitreous) میں تغیرات پائے جاتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں قرنیہ کی عدم شفافیت (تکدر) کسی قدر کم ہونے کے بعد ممکن ہے کہ ہمیں ان التهابات کے ظواہر حسب ذیل شکل میں نظر آئیں :- قرنیہ کے انضمامات عدسہ کے ساتھ (مؤخر التصاقاتِ قرنیہ posterior synechia : قرنیہ (iris) اور مشیمیہ (choroid) میں تغیرات زجاجیہ کے عتامات (opacities of the vitreous) بلکہ طرودِ حدقہ (exclusion of the pupil) اور التهابِ قرنیہ و جسمِ ہدبی (iridocyclitis) - ممکن ہے کہ اسکے بعد عنبہِ قرنیہ (staphyloma of the cornea) بھی واقع ہو۔ چنانچہ ان التهابی اعمال کی وجہ سے بصارت میں کم و بیش خطرناک خرابی پیدا ہو جانا ممکن ہے۔ مزید برآں ممکن ہے کہ قرنیہ کے صاف ہونے کا عمل رک جائے اور اس میں ایک کثیف عتمیت (dense opacity) باقی رہ جائے اور یہ بھی کارآمد بصارت کو زائل کر دیتی ہے۔

154

موضوعی علامات در ریزش اور تکون عروق (vascularization)

کے زمانہ میں نورترسی، اشک ریزی، درد، اور بصارت میں خلل ہوتا ہے اور ان علامات کی شدت عموماً مرضی عمل کی شدت پر منحصر ہوتی ہے۔ انجذاب جاری رہنے کے دوران میں یہ علامات بتدریج کم ہو جاتے ہیں۔ عموماً دونوں آنکھیں ماؤف ہوتی ہیں، اور اکثر دوسری آنکھ کا



التهاب اُسوقت شروع ہوتا ہے جبکہ پہلی آنکھ کا التهاب چند ہفتے یا مہینے  
موجود رہ چکا ہو۔

بحث اسباب - یہ مرض عموماً پانچ سال اور پندرہ سال کے  
درمیان کی عمر میں واقع ہوتا ہے، اس زمانہ کے بعد اس کا پایا جانا نسبتاً  
کم عام ہے، اور تیس سال  
کے بعد تو یہ نادر الوقوع ہے،  
لیکن پھر بھی یہ ساٹھ سال تک  
کی ہر عمر میں دیکھا گیا ہے۔



ان اصابات (cases)  
کی بڑی اکثریت کا سبب  
موروثی آتشک (inherited  
syphilis) ہے۔

چند حالتوں میں یہ مرض  
اکتسابی آتشک (acquired  
syphilis) یا تدرن

(tuberculosis) کے

باعث بھی ہوتا ہے، یا  
نامعلوم اسباب کی وجہ  
پیدا ہو جاتا ہے۔

شکل ۱۴۰۔ ایک مریضہ کی عکسی تصویر جس میں  
موروثی آتشک (Inherited Syphilis) کے  
امارات مع بچپنی دانتوں (Hutchinsonian  
teeth) کے نمایاں ہیں۔

بہت سی حالتوں

میں موروثی آتشک کے دوسرے علامات موجود ملیں گے،



مثلاً ایک مخصوص قیافہ (physiognomy) کھوپڑی کی خاص بناوٹ [پیشانی مربع، جبھی فرازات (frontal eminences) نمایاں طور پر ابھرے ہوئے، ناک کا بانسا دبا ہوا] زاویہ دہن (باچھوں) پر تشعیرات (radiating scars) (شکل ۱۴۰)، دہن اور حلقوم کے اندر ندبات (داغ)، پینس (ozoena) (یعنی ناک سے بدبو آنے کا مرض)، عنتی لمفی غد کی کلانی، ہڈیوں پر گرہیں (nodes)، اور کم یا زیادہ ثقل سماعت۔ مستقل دانتوں کا نمونہ ناقص ہوتا ہے، اُن کے زاویے گول ہوتے ہیں اور اکثر اُن کے آزاد حاشیوں میں ایک ہلالی گڑھا ہوتا ہے۔ یہ تغیرات بالائی مرکزی ثنا یا (upper central incisor teeth) میں خاص طور پر نمایاں ہوتے ہیں (ہچکسنی دانت Hutchinsonian teeth : شکل ۱۴۰)۔

امراضیات - یہ مرض دراصل ایک عمیق التہابِ قرنیہ ہے، جس کے ساتھ عنیبہ (uvea)، بھی ماؤف ہو جاتا ہے۔ جرم حقیقی (substantia propria) کے ورقوں (laminae) کے درمیان، اور بالخصوص اُن ورقوں کے درمیان جو سب سے زیادہ پیچھے واقع ہیں، ثابت خلیاتِ قرنیہ (fixed corneal cells)، لمفی خلیوں (lymphocytes) اور ایوسین پسند خلیوں (eosinophils) کی خلی در ریزش ہوتی ہے جو خاص کر نو ساختہ شعری عروق (capillary vas- cularization) کے گرد جمع ہو کر قرنیہ میں دبازت پیدا کر دیتی ہے۔ قرنیہ کا سرِ حملہ ناہموار طور پر دبیر اور دھندلا ہو جاتا ہے۔ غشائے بونسن لہریہ دار اور ناہموار ہوتی ہے، اور اُس کے نیچے ایک تہ تکاثر یافتہ



(proliferated) ثابت خلیاتِ قرنیہ کی ہوتی ہے جس میں باریک عروقِ شعریہ پائے جاتے ہیں۔ غشائے ڈیسمیٹ میں جھریاں پڑ جاتی ہیں۔ قرنیہ کی پچھلی سطح سے سرِ حملہ عموماً غائب ہوتا ہے اور اس کے بجائے لمفی خلیوں کا اجتماع ہو جاتا ہے۔ انحلال (resolution) کے دوران میں قرنیہ پتلا ہو جاتا ہے۔ عنبیہ کے تغیرات التهابِ عنبیہ (Uveitis) کے تحت بیان کئے گئے ہیں (صفحہ 189)۔

**علاج۔** مقامی علاج۔ ایٹروپن، دھندلے شیشہ کی

حفاظتی عینک (smoked coquilles) سے یا ایک دفعتی کی روک

(shade) کے ذریعہ آنکھ کو روشنی سے بچایا جائے، اور گرم رفادات

(hot compresses) استعمال کئے جائیں۔ جب قرنیہ صاف ہونے لگے

تو ہلکے مہیج مرہم (mild stimulating ointments) مثلاً یو آکسڈ

آف مرکبوری (yellow oxide of mercury) اور کیلومیٹل

(calomel) استعمال کئے جائیں، اور ان کے ساتھ ہلکی مالش کی جائے،

یا ڈائیونین (dionin) کا ایک فیصد محلول ٹپکایا جائے۔ اس امر کی احتیاط

ضروری ہے کہ مہیج علاج بہت ابتدائی درجہ میں نہ استعمال کیا جائے۔

بذیئی (Constitutional) علاج۔ کیلومیٹل یا گرین دن میں

چار بار گرے پاؤڈر (gray powder) ایک گرین دن میں دو بار، یا

ہ گرین پوٹاس آیوڈائیڈ (potassic iodide) کو بہ گرین کروسیلیمیٹ

(corrosive sublimate) کے ساتھ دن میں تین بار دیا جائے۔



آئرن آیوڈائیڈ کا شربت (syrup of iodide of iron) یا آیوڈین کی کوئی دوسری تیجہیز (preparation) 'کاڈلیورائل' فولاد اور کونین اور عام صحت کی طرف توجہ - غیر معمولی اصابات میں جو بالغوں میں واقع ہوں، مرکبوری (پارہ) بذریعہ تریخ (inunction) یا تحت الجلد اثر (hypodermic injection) اور آیوڈائیڈ آف پوٹاشیم (iodide of potassium) بھی تجویز کیا جاتا ہے۔

اگرچہ سالورسان (salvarsan) آشک کی اکتسابی قسم کی نسبت موروئی قسم کے علاج میں عموماً کم کامیاب ہے، تاہم بعض دشوار علاج حالتوں میں اس سے بہترین نتائج حاصل ہوئے ہیں، خاص کر جب کہ اس کے ساتھ خزانہ مقدم کا بنزل (paracentesis) بھی شریک کر دیا جائے۔ چونکہ تدرن (tuberculosis) گا ہے اس مرض کا سبب اور گا ہے اس کے ساتھ متولف (associated) ہوتا ہے، لہذا جب اس عامل کا شبہ ہو تو ٹیوبریکولین (tuberculin) کے اثرات داعیہ علاج ہیں۔

سبیل (Pannus) (عروقی سدیی یا عروقی التهابِ قرنیہ) (vasculo-nebulous, or vascular keratitis : روہوں کے سلسلہ میں بیان ہو چکا ہے۔ (trachoma)

## غیر تفتیحی التهابِ قرنیہ کی غیر معمولی قسمیں

(UNCOMMON FORMS OF NON-SUPPURATIVE KERATITIS)

حویصلی التهابِ قرنیہ (Vesicular Keratitis)



میں قرنیہ کے متعدد غیر معمولی التهابات شامل ہیں جن کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ چھوٹے چھوٹے صاف آبلوں کے گروہ یا ایک بڑا شفاف چھال پیدا ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی خراش کے نمایاں علامات موجود ہوتے ہیں۔ نملی (herpes) (herpetic keratitis) (نملہ قرنیہ) میں اور اس التهابِ قرنیہ میں جو عصب پنجم کے پھیلاؤ کے (corneae) میں اور اس التهابِ قرنیہ میں جو عصب پنجم کے پھیلاؤ کے متناظر نملہ منطقی (zoster) کے ساتھ ہوتا ہے، آبلے پیدا ہو جاتے ہیں اور حبابی التهابِ قرنیہ (keratitis bullosa) میں پھپھولے ہوتے ہیں۔ نابینا آنکھوں میں جن میں تناؤ زیادہ ہو، اور نقصان رسیدہ آنکھوں میں جن کا قرنیہ غیر شفاف اور بے حس ہو، اکثر اوقات آبلے اور پھپھولے پائے جاتے ہیں۔

سطحی منقطۃ التهابِ قرنیہ (Superficial Punctate Keratitis) تنفستی خطے کے حادث عوارض میں ایک پیچیدگی کے طور پر ہوتا ہے، اور حادث التهابِ ملتحمہ (acute conjunctivitis) کے علامات کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ قرنیہ کی سطحی تہوں میں غشائے بومن کے نیچے، متعدد چھوٹے چھوٹے بھورے دھبے نمودار ہوتے ہیں، اور ان کے ساتھ بھورے مشتعل خطوط ہوتے ہیں اور کسی قدر عام دھندلا بھی ہوتا ہے۔ یہ مرض نملہ (herpes) سے مشابہ ہوتا ہے، لیکن اس میں نہ تو آبلے ہوتے ہیں اور نہ تقرح، اور زیادہ گہرے حصے بھی مائوف نہیں ہوتے۔ یہ نوعمر اشخاص میں ہوتا ہے، عموماً دو جانبی ہوتا ہے، اور کئی مہینوں تک جاری رہتا ہے، جس کے بعد کامل انجذاب واقع ہوتا ہے۔



علاج۔ التهابِ ملتحمہ اور شعبتی عارضہ کی طرف توجہ کی جائے۔  
ایٹروپین (atropine) گرم رفا دات (hot compresses) وُصیلی عینک (smoked glasses) اور بالآخر یو آکسائیڈ آف مرکوری کا مرہم استعمال کیا جائے۔

عمیق التهابِ قرنیہ (Keratitis Profunda)۔  
یہ قرنیہ کا ایک عمیق المقام التهاب ہے جو بالغوں میں پیدا ہو جاتا ہے۔  
اس میں قرنیہ کی ایک بھوری مرکزی عتمیت (opacity) نمودار ہوتی ہے اور اس کے ساتھ خراش کے علامات ہوتے ہیں۔ یہ چند ہفتوں میں بالکل یا تقریباً بالکل جذب ہو جاتی ہے، اور اس کا علاج رخنکی التهابِ قرنیہ (interstitial keratitis) کے علاج سے مشابہ ہوتا ہے۔

تصلب پذیر التهابِ قرنیہ (Sclerosing Keratitis)۔  
یہ نام التهابِ صلبیہ (scleritis) کی قرنیہ پھیپگی (صفحہ 168)  
کو دیا گیا ہے۔ قرنیہ کا وہ حصہ جو صلبیتی گرہک (sclerotic nodule) سے متصل ہوتا ہے، اس عمل میں حصہ لیتا ہے، اور ایک مثلثی عتمیت باقی رہ جاتی ہے۔ علامات اور علاج التهابِ صلبیہ (scleritis) کے علامات اور علاج سے مشابہ ہیں۔

فیتہ نما التهابِ قرنیہ (Ribbon-shaped Keratitis)  
(Transverse Calcareous Film of the Cornea): قرنیہ کی عرضی کلسی فلم)۔ یہ ایک سفیدی مائل یا رمادی مائل پٹی ہے جو جفنی شکاف کے مقابل قرنیہ پر عرضاً پھیلتی ہے، اور اس میں اکثر



چونا موجود ہوتا ہے۔ یہ عارضہ عموماً بوڑھے آدمیوں میں ہوتا ہے اور اُن آنکھوں میں جو خطرناک طور پر مجروح یا کسی سابقہ دروں یعنی عارضہ (intra-ocular affection) کی وجہ سے ضائع ہو چکی ہوں۔ علاج یہ ہے کہ اس پٹی کو آہستہ سے کھرچ کر نکال دیا جائے اور سوڈیم کاربونیٹ (sodium carbonate) کے محلولات (ایک گرین فی اونس) استعمال کئے جائیں۔

قرص نما التهابِ قرنیہ (Keratitis Disciformis) ایک غیر معمولی قسم ہے، بالغوں میں ہوتی ہے۔ اس میں قرنیہ کی وسطی تہوں میں ایک رمادی قرص نما عتیت (disc-shaped opacity) پیدا ہو جاتی ہے جس کے مرکز میں ایک زیادہ کثیف دھبہ اور بعض اوقات محیط پر ہم مرکز خطوط پائے جاتے ہیں، اور ساتھ ہی خراش کے علامات موجود ہوتے ہیں۔ اس کا سبب معین طور پر معلوم نہیں، لیکن خیال کیا جاتا ہے کہ قرنیہ کے سرحد میں ایک نہایت خفیف سے نقص کی راہ سے سرایت واقع ہو جانے کی وجہ سے یہ التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کی مدت کئی ماہ ہے۔ ایک مستقل مرکزی عتیت (central opacity) باقی رہتی ہے۔

التهابِ قرنیہ کی متعدد دوسری قسمیں بیان کی گئی ہیں، مگر اُن کا وقوع نادر ہے۔

نام نہاد منقطہ التهابِ قرنیہ (Keratitis Punctata) (K. P. descemetitis) : م۔ ق۔ ڈیسیمیدی التهاب (ایک غلط تسمیہ ہے۔ دراصل یہ قرنیہ کا التهاب نہیں ہے۔ اسے صفحہ 189 پر



بیان کیا گیا ہے۔

## قرنیہ کے بُروز

(PROTRUSIONS OF THE CORNEA)

یہ یا تو التهابی مبداء کے ہو سکتے ہیں جبکہ انکو عنیبہ: staphyloma

کہتے ہیں، یا غیر التهابی مبداء کے جبکہ انہیں مخروطی قرنیہ: keratoconus کہتے ہیں۔



عنیبہ قرنیہ (Staphyloma)

of the Cornea) - یہ سابقہ

متورم قرنیہ کا بُروز (آگے کو نکلا ہوا

حصہ) ہے (شکل ۱۴۱) جو کم و بیش قرنیہ

کی بافت، قرعہ (iris) اور ندبہ

(cicatrix) سے بنتا ہے اکثر اس

میں غالب حصہ قرعہ کا ہوتا ہے۔

شکل ۱۴۱ - عنیبہ قرنیہ

قرنیہ کے نرم ہو جانے اور متفحج اور (Staphyloma of the Cornea)

منتقّب ہونے کے بعد عنیبہ پیدا

ہو جاتا ہے۔ جب وہ سارے قرنیہ کے محل وقوع پر واقع ہو تو وہ مکمل

(total) ہے، اور جب اس رقبہ کے محض ایک حصہ پر واقع ہو تو

جزئی (partial) ہے۔ عنیبہ کروی، یا مخروطی، یا لختہ دار ہو سکتا ہے۔

وہ نیلگوں رقبوں کے ساتھ (جو ان مقامات کو ظاہر کرتے ہیں) جہاں

رنگ ہین ندبہ کے اندر سے چھین کر دکھائی دیتا ہے) سفیدی مائل



رنگ کا ہوتا ہے۔ وہ پورا سفید یا پورا نیلگوں ہو سکتا ہے۔ اکثر اس کی سطح پر چند عروق و مویہ دیکھنے میں آتے ہیں۔ عنبہ مختلف جسامتوں کا ہوتا ہے وہ بعض حالتوں میں چھٹا اور بعض میں استقدر بڑا ہوتا ہے کہ پوپے بند نہیں ہو سکتے۔ علامات - اوپر بیان کئے ہوئے معروفی علامات کے علاوہ

کرہ چشم میں، عنبہ (staphyloma) میں، اور پوپوں میں تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ دباؤ تقریباً ہمیشہ زیادہ ہو جاتا ہے، اور اس زیادتی کا سبب اکثر تسد یا انعدام حد (obliteration of the pupil) ہوتا ہے۔ یہ حالت (تناؤ کی زیادتی) درد، اور اندرون چشم میں تغیرات [عصب بصری (optic nerve)، شبکیہ (retina)، اور مشیمیہ (choroid) کا ذبول] پیدا کر دیتی ہے، جن کی وجہ سے نابینائی ہوتی ہے۔ اسی حالت (تناؤ کی زیادتی) کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بروز (ابھار) کی جسامت میں زیادتی ہو جاتی ہے، اور اسی کی وجہ سے صلبیہ کا عنبہ (staphyloma of the sclera) پیدا ہو جاتا ہے۔ میکانی خراش کی وجہ سے ملتحمہ التهاب کا مستقر (خاص محل وقوع) بن جاتا ہے۔ ابھار کی چوٹی (قلہ بروز) خشک اور متقرح ہو جاتی ہے، اور اکثر اوقات انشقاق واقع ہو جاتا ہے جس کے بعد فتحہ (سوراخ) بند ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عمل متعدد بار واقع ہو، یہاں تک کہ آنکھ ضائع ہو جائے اور ایک سکڑا ہوڈھیلا باقی رہ جائے۔

ان ثانوی تغیرات کے واقع ہونے سے پہلے ہی معتد بہ بدشکلی (deformity) پیدا ہو جاتی ہے، اور بصارت بہت کم ہو جاتی ہے۔ کلی عنبہ (total staphyloma) میں صرف ادراک نور (perception



(of light) باقی رہتا ہے۔ جُزئی عنبہ میں مقدارِ بصارت کا انحصار محفوظ رہے ہوئے قرنیہ کی حالت پر، پتلی کے محل وقوع پر اور اس امر پر ہوتا ہے کہ قرنیہ کے انحناء (curvature) میں کس حد تک تغیر واقع ہوا ہے۔

علاج۔ (۱) جُزئی عنبہ (partial staphyloma) میں

قرحیہ براری (iridectomy) کا عملیہ کرنا چاہئے (صفحہ 228) جس کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ تناؤ کم ہو جائے، بُروز (اُبھار) چپٹا ہو جائے اور اُس میں زیادتی نہ ہونے پائے، اور عملیہ کے بعد (پتلی) بصری اغراض کے لئے کارآمد ہو۔ اس عمل کے لئے قرحیہ (iris) کا وہ حصہ منتخب کیا جاتا ہے، جو قرنیہ کے سب سے زیادہ صاف حصہ کے متناظر ہوتا ہے۔ اگر خزانہ مقدم (anterior chamber) موجود نہ ہو، اور قرحیہ (آئرس) قرنیہ کی پچھلی سطح سے لگا ہوا ہو، تو یہ عملیہ ناممکن ہوتا ہے کیونکہ اس حالت میں عدسہ (lens) کے مجروح ہو جانے کا خطرہ ہوتا ہے۔ ایسی صورتوں میں ہم عنبہ (اسٹیفیلوما) کا ایک حصہ کاٹ کر نکال سکتے ہیں، جس کے بعد ٹانگوں کے ذریعہ (کٹے ہوئے کناروں کو) ملا دیا جاتا ہے، اور معتد بہ زمانہ تک ایک داب پٹی (pressure bandage) باندھی جاتی ہے۔

159

(۲) کُلّی عنبہ (total staphyloma) میں شگاف (incision)

بُرید (abscission)، یا القاف (enucleation) کے عملیہ سے کام لیا جاتا ہے۔ شگاف دینے کے بعد اگر عدسہ (lens) ابھی تک موجود ہے تو اُسے نکال دیا جاتا ہے۔ بُرید (abscission) کا یہ طریقہ ہے کہ



بروز (اُبھار) کے نصف حصہ کو چاقو سے کاٹ کر دوسرے نصف حصے کو چمٹے اور قینچی کے ذریعہ قرنیہ بافت کے اُس حلقہ سے جو اُس (بروز) کا قاعدہ بناتا ہے، جدا کر دیا جائے۔ اس کے بعد عدسہ نکال لیا جاتا ہے۔ پھر قرنیہ خلا (قرنیہ کی خالی جگہ) کے کناروں کو ٹانگوں کے ذریعہ ملا دیا جاتا ہے، جنہیں قرنیہ کی بافت میں سے ہو کر، یا بہتر یہ ہے ملتحمہ (conjunctiva) میں سے ہو کر (ملتحمہ کو حد قرنیہ : limbus

کے گرد اگر د پہلے ہی سے چمٹا کر آزاد کر لیا گیا ہے) گزارا جاتا ہے۔ عملیہ انقاف (enucleation) یا اس کے قائم مقام عملیات میں سے کوئی ایک عملیہ بعض ایسی حالتوں میں اختیار کیا جاتا ہے جن میں عنبہ بہت بڑا ہو، یا جن میں مختلف وجوہات کی بنا پر عملیہ برید (abscission) خلاف مصلحت ہو۔



شکل ۱۴۲ - مخروطی قرنیہ

(Keratoconus)

(Keratoconus, or Conical

مخروطی قرنیہ

Cornea) - یہ قرنیہ کے مرکز کا ایک غیر الہتابی مخروطی بروز (اُبھار)

ہے (شکل ۱۴۲) جو قرنیہ کی تدریجی زبولی ہرانت (atrophic thinning) (پتلا ہو جانے) کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، جس کا

نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قرنیہ طبعی درون چشمی ربا (normal intraocular

pressure) کی متوازن مت نہیں کر سکتا۔ قرنیہ کی یہ حالت کثیر الوقوع

نہیں، اور عموماً نوجوان عورتوں میں دیکھی جاتی ہے۔ جب یہ بہت



نمایاں ہو تو یہ آسانی نظر آ جاتی ہے۔ لیکن کم نمو یافتہ حالت میں اس کی شناخت اس ملقہ دار سایہ سے ہوتی ہے جو چشم بن کے ذریعہ فاصلہ آنکھ کا امتحان کرنے پر پیدا ہوتا ہے، یا شبیہ کی شکل کے اس ناشپاتی نما تغیر سے جو قرص پلاسٹو (Placido's disc) استعمال کرنے پر واقع ہوتا ہے، یا چشم بن سے قرص چشم (fundus) کی تصویر منع شدہ (توڑی مڑوڑی ہوئی) نظر آنے سے۔ یہ حالت کئی سال تک بڑھتے رہنے کا رجحان رکھتی ہے اور پھر ٹھہر جاتی ہے۔ جب یہ بہت نمایاں ہو تو اکثر مخروطی قرنیہ کے اس پر ایک خفیف سی عتمیت (opacity) پائی جاتی ہے۔ اس میں تقرح (ulceration) کبھی نہیں ہوتا۔ مخروطی قرنیہ قصر البصر (myopia) اور مبہم ماسکیت (astigmatism) پیدا کر دیتا ہے، اور بصارت میں خطرناک طور پر خلل انداز ہوتا ہے، بالخصوص محیطی بصارت (peripheral vision) میں، عینکوں کے ذریعہ حتی الامکان بہترین درستی کر دینے کے بعد بھی۔ چنانچہ اس حالت میں ۱۰ تا ۲۰ بصریہ (10 D. to 20 D.) کی قصر البصری مبہم ماسکیت (myopic astigmatism) کا پایا جانا کوئی غیر معمولی بات نہیں۔ علاج میں مقعر گروی استوائ (concave spherocylinders) دئے جاتے ہیں، اور بعض اوقات ان سے بصارت میں بہت اصلاح ہو جاتی ہے۔ گاہے ایک ایسا قرص آٹال جس میں ایک تنگ سو ران یا جھری (stenopæic hole or slit) ہو، سب سے زیادہ تیزی بصارت والے خط نصف النہار (meridian of greatest visual acuity) میں رکھ دینا مفید ہو سکتا ہے، لیکن یہ میدان بصارت کو بہت محدود



(تنگ) کر دیتا ہے۔

تماسی شیشے (Contact Glasses) کا رآمد ہو سکتے ہیں۔ یہ اختراعات (devices) معمولی زائس (Zeiss) کی ساخت میں شیشے کے پتلے چھلکے ہوتے ہیں جو قرنیہ سے متصل صلبیہ پر بذریعہ امتصاص (suction) بٹھا دئے جاتے ہیں۔ ان کے اور قرنیہ کے درمیان ایک چھوٹی سی فضا ہوتی ہے، جس میں طبعی مالح (normal saline) بھریا جاتا ہے۔ کسی انفرادی حالت کے لئے صحیح شیشہ کا بہ آسانی انتخاب کرنے کے لئے ضروری ہے کہ پہلے مریض اس کا کسی قدر تجربہ رکھتا ہو۔ اسی واسطے اکثر اوقات دو یا تین شیشے آزمائشی طور پر لگانے پڑتے ہیں۔ ان شیشوں کی ایک دوسری قسم، جو موئلر (Mueller) کی ساخت کی ہوتی ہے، سیپی کی شفاف مصنوعی آنکھ (transparent artificial shell) (eye) کی طرح ہوتی ہے اور صلبیہ کے پورے محاذ (سامنے کے حصے) پر چسپاں بیٹھ جاتی ہے۔ اسے ہر مریض کے لئے وائنا (Vienna) میں خاص طور پر بنوانا پڑتا ہے۔ ان دونوں قسموں کے تماسی شیشوں سے وہ انعطافی نقص (refractive error) جو قرنیہ کی ناہمواری کیوجہ سے ہوتا ہے، مصنوعی قرنیہ کی موجودگی کے باعث دور ہو جاتا ہے۔ بہت سے مریض کسی قدر مشق کے بعد ان شیشوں کو خود اپنے ہاتھ سے لگا سکتے ہیں، لیکن انھیں پہلی بار ٹھیک بٹھانے کے لئے خاص احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے، اور آنکھ کو بتدریج ان کا عادی بنانا پڑتا ہے۔ انھیں ایک ہی وقت میں چند گھنٹوں سے زائد لگائے رکھنا دشوار ہوتا ہے۔ ان کا خاص استعمال مخروطی قرنیہ کی حالتوں ہی کے لئے ہے،



لیکن بے قاعدہ مبہم اسکیت (irregular astigmatism) کی کسی بھی حالت کے لئے جس میں عینکوں سے کافی طور پر فائدہ حاصل نہ ہو یا اس وقت جبکہ کسی، تجبیلی (cosmetic) یا اور دوسرے سبب سے (مثلاً ایکٹرسوں کے لئے) عینکوں کا استعمال نامناسب سمجھا جائے، یہ کارآمد ہو سکتے ہیں۔ یہ بہت قیمتی (۵ پاؤنڈ تا ۶ پاؤنڈ) ہوتے ہیں اور عملاً ان کے استعمال کے موقعے نہایت محدود ہیں۔



باسر باسر بزل (repeated)

paracentesis اور اس کے بعد طویل

حصہ تک ایکٹاب پی (pressure bandage)

تتاؤ کم کرنیکے لئے پلوکارپین (pilocarpine)

یا ایسیرین (eserine) اور عملیہ برید

(abscission) یا مخروط کے راس کا نکویہ

(cauterization) اس غرض سے کہ بعد میں

انداب (cicatrization) واقع ہو کر مخروط چٹا

ہو جائے (جس کے بعد بصری قرنیہ برآری

شکل ۱۴۳ - حراری ہکوات

مخروطی قرنیہ کے لئے

(Thermo-Cautery

for Conical

-Cornea)

optical iridectomy : تاکہ مریض

بیاض القرنیہ : leucoma سے آگے دیکھ سکے،

ان سب کو آزمایا گیا ہے اور ان سے کسی قدر

کامیابی ہوئی ہے۔

ورتھ کا طریقہ نکویہ (Worth's method of cauterization)

یہ ہے کہ قرنیہ کے راس اور محیط کے درمیان عین وسط میں حراری ہکوات



(thermo-cautery) کے ذریعہ ایک درجہ وار (graduated) بیضوی یا ہلالی مغارہ (excavation) بنا دیا جائے جس کی شکل اور وضع ایسی منضبط ہو کہ وہ انعطاف (refraction) کو صرف سب سے بڑے انحناء کے خط نصف النہار (meridian) میں کم کر دے۔ مابعد علاج کا اہم جز یہ ہے کہ تقریباً دس روز تک خزانہ مقدم کا روزانہ بزل (paracentesis) کیا جائے اور دبا پٹیا (pressure bandages) باندھی جائیں۔ اس میں قزحیہ برآری (iridectomy) کی ضرورت نہیں ہوتی۔

بعض حالتوں میں مخروط کے راس میں سے قرنیہ کو گرتیے چاقو کے ذریعہ انتصابی خط نصف النہار (vertical meridian) سے ۴۵ درجہ کے زاویہ پر تراش دینا، اور دو ہفتے بعد جبکہ یہ ندب مندمل ہو جائے، اس کے زاویہ قائمہ پر ایک دوسرا اشکاف لگا دینا مفید ہوتا ہے، کیونکہ یہ دونوں ندبے (scars) سکڑ جاتے ہیں۔

**کروی قرنیہ (Keratoglobus)**، قرنیہ کی ایک کروی کلائی ہے، جو عموماً پیدائشی گلاکوما (congenital glaucoma) کے مظاہر میں سے ایک منظر ہوتی ہے، اگرچہ کبھی کبھی دوسرے حالات میں بھی پائی جاتی ہے۔ اس کا بیان پیدائشی گلاکوما کے عنوان کے تحت صفحہ 235 پر درج ہے۔

## عتمات قرنیہ

(OPACITIES OF THE CORNEA)

یہ اصطلاح قرنیہ کی شفافی کی کمی کو ظاہر کرتی ہے، جو التهاب



تقرح (ulceration) یا تضرر (چوٹ) کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے۔  
 قرنیہ کی اس عمتیت کو اس کی کثافت (density) کے اعتبار سے  
 مختلف ناموں سے یاد کیا جاتا ہے: سحاب القرنیہ (nebula)  
 اُس وقت کہتے ہیں جبکہ وہ نہایت ہلکی (خفیف) اور آبِ عیبی ہو (شکل ۱۴۴)  
 ایسی حالت میں جب تک کہ تنویرِ مورب (oblique illumination)  
 کے ذریعہ امتحان نہ کیا جائے وہ اکثر نظر انداز ہو جاتی ہے۔ لُطخہ  
 (macula) اُس وقت جبکہ وہ زیادہ نمایاں ہو اور دن کی روشنی میں



### علمات قرنیہ (Opacities of the Cornea) -

شکل ۱۴۶ - بیاض القرنیہ

(Leucoma)

شکل ۱۴۵ - لُطخہ

(Macula)

شکل ۱۴۴ - سحاب القرنیہ

(Nebula)

دیکھنے سے ایک بھورے دھبے کی طرح محسوس ہو (شکل ۱۴۵)۔ بیاض القرنیہ  
 (بیاضہ) (leucoma) اُس وقت جبکہ وہ کثیف (گھنی) اور سفید ہو  
 (شکل ۱۴۶)۔ جب قرحیہ (iris) ندبی بافت سے چسپیدہ ہو تو اس  
 حالت کو ملتصق بیاض القرنیہ (adherent leucoma) کہتے  
 ہیں (شکل ۱۴۴، صفحہ ۱۱)۔



جب قرنیہ کے عومات حدقی رقبہ کو مبتلا کرتے یا اس میں مداخلت کرتے ہیں تو وہ کامل بصارت میں حائل ہوتے ہیں، جس کے درجہ کا انحصار عومات کی کثافت پر ہوتا ہے۔ خفیف عومات بھی بصارت میں معتد بہ خلل پیدا کر دیتے ہیں، کیونکہ ان کی وجہ سے انتشار نور (diffusion of light) زیادہ کثیف عومات بدشکلی پیدا کر دیتے ہیں۔

علاج - قرنیہ کے عومات کی کثافت (ٹھوس پن) کو کم کرنے کے لئے اور اگر وہ خفیف ہوں تو ان کو دور کرنے کے لئے مختلف تدبیریں استعمال کی جاتی ہیں۔ ایسے علاج صرف اسی وقت مفید ہوتے ہیں جبکہ عتمیت تازہ ہو۔ یہ بچوں میں نہایت کارگر ثابت ہوتے ہیں، اور اس وقت جبکہ یہ تغیر (عتمیت) محض سطحی (اوپری) ہو۔ عموماً یلو آکسائیڈ آف مرکوری (yellow oxide of mercury) کا مرہم ملتحقی تاجہ میں رکھ کر ازاں بعد چند منٹ تک قرنیہ کی مالش کر دی جاتی ہے، اور پھر گرم وفادات (hot compresses) لگائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ڈائیونین (dionin) بھی مفید ہو۔

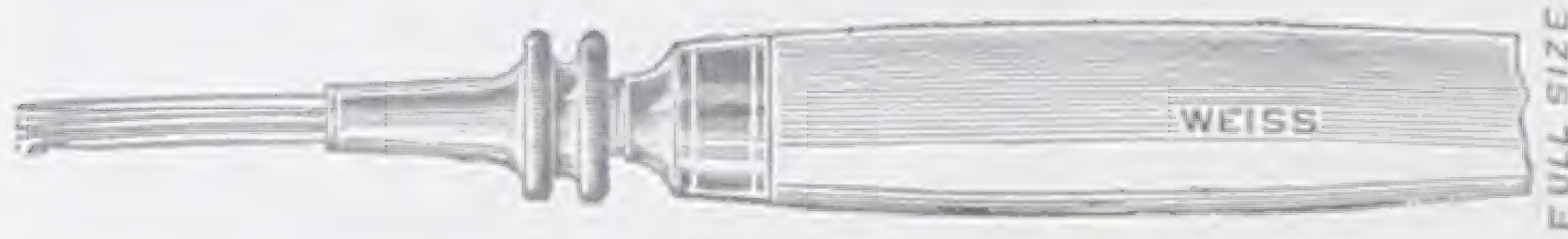
جب اس قسم کی تدبیریں ناکام ثابت ہوں اور بیاض قرنیہ (leucoma) حدقی رقبہ کو کامل طور پر مسدود کر رہا ہو تو مصنوعی حدقہ (artificial pupil) بنانے کے لئے قرزیہ برآری (iridectomy) کا عملیہ کیا جاسکتا ہے، جس میں شقاق (coloboma) قرنیہ کے ایک صاف حصہ کے مقابل بنایا جاتا ہے۔

بچوں کی آنکھ میں مصنوعی حدقہ بنانے کے لئے عجلت نہیں کرنی چاہئے، بالخصوص جبکہ عتمیت خشکی الہاب قرنیہ (interstitial keratitis)



کا نتیجہ ہو۔ کبھی کبھی ایسا مریض دیکھنے میں آتا ہے جس کے قرنیہ میں محض نہایت  
خفیف سی عتمیت (opacity) موجود پائی جاتی ہے، لیکن جس پر سالہا سال  
پہلے (جبکہ قیاس ہے کہ وہ عتمیت بالکل کثیف تھی) بصری قرنیہ برآری  
(optical iridectomy) کا عمل کیا گیا تھا۔

بیاض القرنیہ (leucoma) کے مریضوں میں بدشکلی کو دور کرنے کے



شکل ۱۴۷۔ متعدد تو شیمی سوئیاں

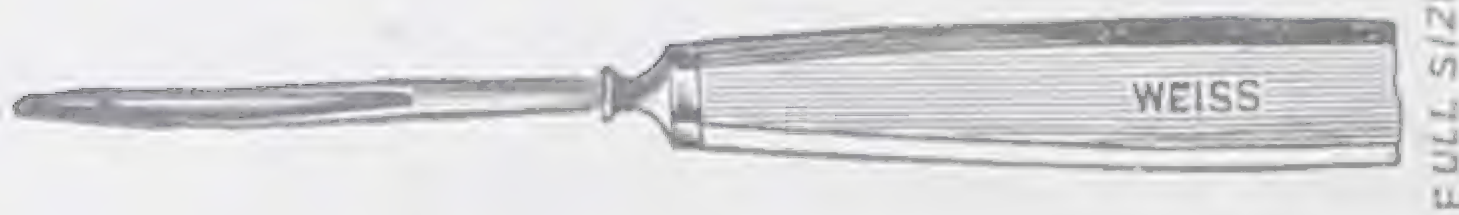
(Multiple Tattooing-Needles)

اکثر اوقات تو شیم

(tattooing)

اور 'تلوین'

('colouring')



شکل ۱۴۸۔ میزاب دار تو شیمی سوزن

(Grooved Tattooing Needle)

کا عمل اختیار کیا

جاتا ہے۔ آنکھ کو

بے حس کر کے

بیاض قرنیہ پر

انڈیا انک (سیاہی) کے گاڑھے ضما کی ایک تہ پھیلا دی جاتی ہے، پھر  
یا تو ایک ایسے آلہ کے ذریعہ جو گول سوئوں کی ایک قطاریا ایک بندل پر  
مشتمل ہو (شکل ۱۴۷) یا ایک میزاب دار سوئی (grooved needle)

(شکل ۱۴۸) سے، اس 'تلون' مادہ (pigment) (رنگ) کو جرم قرنیہ  
کے اندر ترچھے رخ میں داخل کر دیا جاتا ہے۔ یہ رنگ چند سال کے عرصہ  
میں پھیکا پڑ جاتا ہے، اور پھر ہی عمل کر کیا جاسکتا ہے۔ اگر عتمیت مدتی تہ

کے صرف ایک حصہ کو ڈھانک رہی ہے تو ایسی صورت میں عمل تو شیم  
(tattooing) اس انتشار نور (diffusion of light) کو روکنے



کے لئے کارآمد ہوتا ہے جس سے مریض نہایت وق آجاتا ہے۔ جب کسی رقبہ کی 'تلوین' ('colouring') کرنا ہو تو اس کے سطحی سرحد کو کھچ کر نرم رونی پر ۴ فیصدی گولڈ کلورائیڈ کا معادل محلول (neutral solution of gold chloride) 4 per cent. آزادانہ لگا کر چار تک رکھا رہنے دیا جائے، پھر اسے دھو ڈالیں۔ ایسا کرنے سے ایک نہایت سیاہ بھورا دھبہ باقی رہ جاتا ہے۔

جب آنکھ میں کچھ بھی خراش پذیری (irritability) ہو تو یہ عملیات ممنوع اور ناجائز ہیں، اور یوں بھی یہ کسی وقت خطرہ سے خالی نہیں۔

## قرنیہ کی چوئیں

(INJURIES OF THE CORNEA)

یہ اجسام غریبہ (foreign bodies) حرقات (burns)

اور زخموں پر مشتمل ہوتے ہیں۔

اجسام غریبہ (جو لوہے، کوئلے، راکھ، گرد و غبار، وغیرہ پر مشتمل ہوتے ہیں) اکثر قرنیہ سے چپک جاتے ہیں یا اس میں دھس کر اندر جم جاتے ہیں، اور بہت درد، تندہ (اشک ریزی)، اور نوری (photophobia) پیدا کر دیتے ہیں۔ جب جسم غریب چھوٹا ہو تو ممکن ہے کہ تنویر مورب (oblique illumination) کام میں لائے بغیر اس کا پتہ چلانا مشکل ہو۔ جسم غریب جس حد تک مضرت رساں ہو سکتا ہے اس کا انحصار اس گہرائی پر ہوتا ہے جہاں تک وہ اندر داخل ہوا ہے اور اس امر پر کہ آیا وہ سرایت زدہ (infected) ہے یا نہیں؟ اگر وہ



کئی دن تک بدستور موجود رہے تو اُسکے گرد و دریزش (infiltration) کا ایک حصارِ رقبہ نمودار ہوتا ہے، جس میں بالآخر ایک چھوٹا قرعہ (ulcer) پیدا ہو جاتا ہے، اور اس طریقہ سے ممکن ہے کہ وہ جسم غریب اپنی جگہ سے نکل جائے۔ اور اگر وہ لوہے یا فولاد کا بنا ہوا ہے تو یہ ملقہ زنگ کی وجہ سے رنگین ہو جاتا ہے۔ اکثر قرنیہ کے قروح کا باعث اجسام غریبہ ہوتے ہیں۔



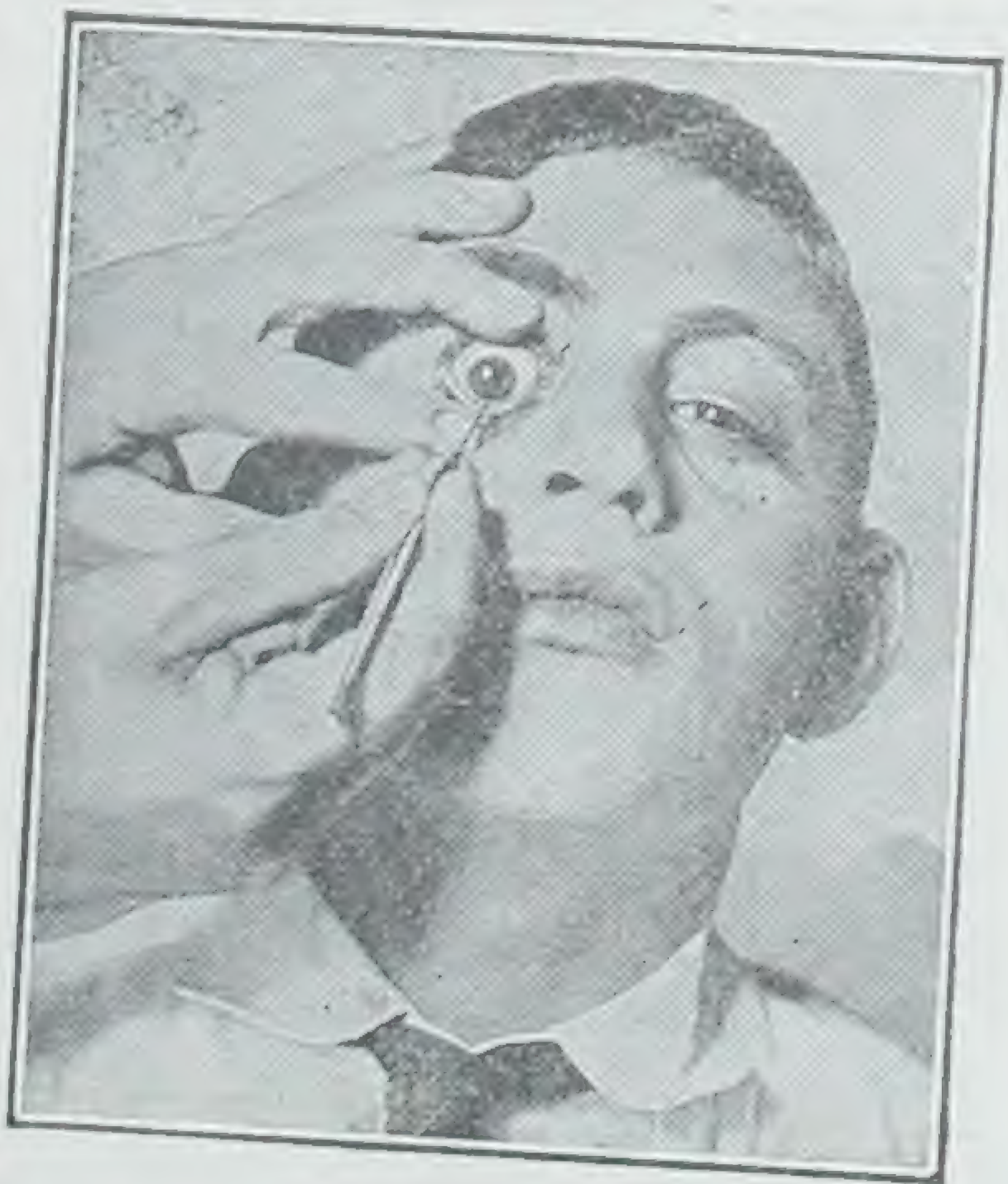
جسم غریب کو نکالنے کا طریقہ۔ آنکھ کو کوکین کے ذریعہ بے حس کر کے مریض کو خوب روشنی کی طرف منہ کر کے بٹھا دیا جاتا ہے، اور سرجن مریض کے پیچھے اُس کے سر کو سہارا دئے ہوئے کھڑا رہتا ہے۔ پوٹوں کو ایک دوسرے سے دُور بٹھا کر آنکھ کے ڈھیلے کو بائیں ہاتھ کی انگلیوں سے تھما ہوا (بے حرکت) رکھا جاتا ہے۔ انگشت شہادت اور کے پوٹے

شکل ۱۴۹۔ قرنیہ سے جسم غریب کے نکالنے کا طریقہ جس میں سرجن مریض کے پیچھے کھڑا رہتا ہے۔

کے حاشیہ اور بیچ کی انگلی نیچے کے پوٹے پر کھردونوں انگلیوں کو جدا کیا جائے، اور ساتھ ہی پیچھے کی طرف بھی دباتے جائیں (شکل ۱۴۹)۔ اگر مریض کو کسی ایسی کرسی پر بٹھا دیا جائے جس میں ایک مناسب ترمکیہ (head-rest) لگا ہوا ہو تو سرجن اُس کے سامنے اور بائیں جانب



کھڑا رہ سکتا ہے۔ ایسی صورت میں پپوٹوں کو جدا کرنے میں انگشت شہادت نیچے کے پپوٹے پر اور بیچ کی انگلی اوپر کے پپوٹے پر رکھی جاتی ہے (شکل ۱۵۰) کُند فاسچہ (blunt spud) 'خود رچھینی' (محبوب : gouge) اور سوزن برائے جسم غریب (foreign-body needle) وہ آلات ہیں جو کام میں لائے جاتے ہیں۔ استعمال سے پہلے انہیں عقیم (sterilized) کر لینا چاہئے۔ جب جسم غریب سطحی ہو تو اس کے لئے کُند فاسچہ اچھا کام دیتا ہے (شکل ۱۵۱)۔ اگر فاسچہ کے ہمرے پر تھوڑی نرم رونی لپیٹ دیجائے تو اس سے اکثر جسم غریب بہ آسانی نکالا جاسکتا ہے۔ اگر جسم غریب جرمِ قرنیہ کے اندر داخل ہو گیا ہے تو اسے سوئی (شکل ۱۵۲) کی نوک سے اٹھا کر یا کرید کرید کر باہر نکالنا چاہئے۔



شکل ۱۵۰۔ قرنیہ سے جسم غریب کے نکالنے کا طریقہ، جس میں سرجن مریض کے سامنے اور بائیں طرف کھڑا رہتا ہے۔

جسم غریب کے پیچھے داخل کیا جاتا ہے۔ جو زخم پیدا ہو جاتا ہے اسے بورک ایسڈ کے محلول سے بار بار نپول کر کے صاف رکھنا چاہئے۔ اکثر ایک حفاظی بندش (protective bandage) باندھ دینا مناسب ہے۔ اگر زنگ کا حلقہ موجود ہو تو اسے بھی نکال دینا چاہئے۔ اس امر کی احتیاط



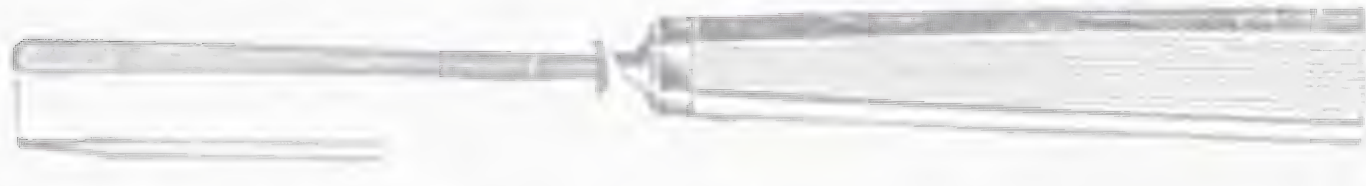
رکھنی چاہئے کہ چوٹ (تضرر) حتی الامکان کم لگے، اور جب جسم غریب بہت گہرا بیٹھا ہوا ہو تو قرنیہ میں انقباض (آرپار سوراخ) نہ ہونے پائے۔ اگر

جسم غریب خزانہ مقدم

میں داخل ہو رہا ہے تو

پہلے ایک قرنیہ تراش

(keratome) شکل



شکل ۱۵۱۔ جسم غریب کو نکالنے کا فاسیہ

(Foreign-Body Spud)

۱۵۰) کو قرنیہ کے آرپار

اور جسم غریب کے پیچھے

داخل کیا جائے تاکہ

نکالنے کی کوشش کے

دوران میں وہ جسم غریب

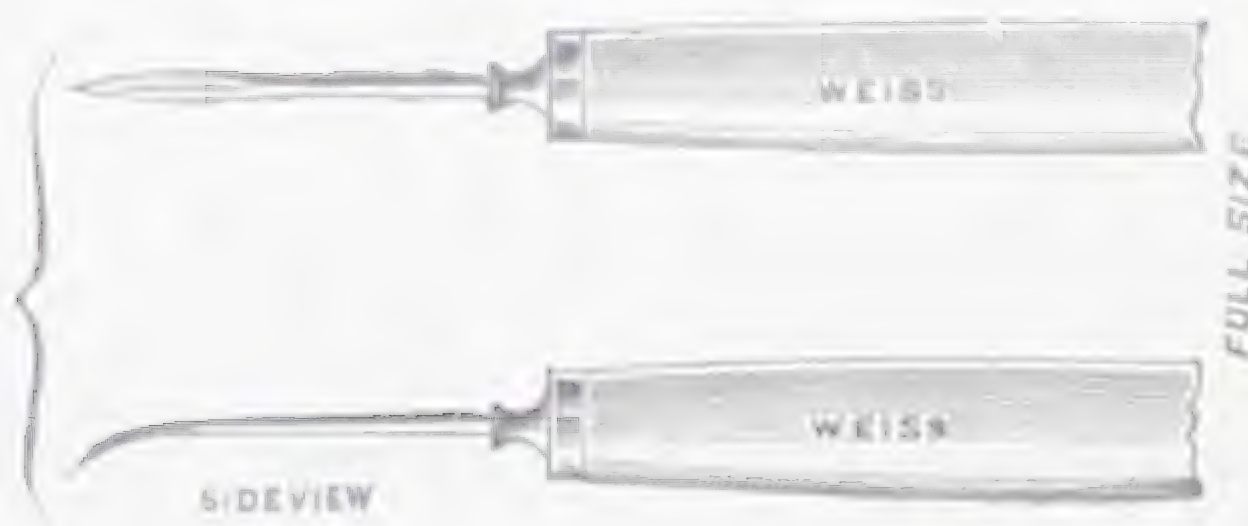
اس فضا (خزانہ مقدم)

کے اندر نہ دھکیلا جائے۔



شکل ۱۵۲۔ جسم غریب کو نکالنے کے لئے جو فدا رچھینی

(Foreign-Body Gouge)



شکل ۱۵۳۔ جسم غریب کو نکالنے کی سوئیاں

(Foreign-Body Needles)

حرقات قرنیہ

(Burns of the

cornea) کا علاج ملتحہ کے حرقات کے علاج کی طرح کیا جاتا ہے۔

زخم غیر ثاقب (non-penetrating) یا ثاقب (penetrating)

ہو سکتے ہیں۔ غیر ثاقب زخم علی العموم خراشیدگی (abrasion) کے قسم کے

ہوتے ہیں، جو انگلی کے ناخن، درخت کی ڈالی، یا کسی ایسی ہی چیز کی وجہ

سے پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسے تضررات (گو وہ نہایت دردناک ہوتے ہیں)

تا وقتیکہ سرایت زدہ نہوں بہت جلد مندمل ہو جاتے ہیں۔ انھیں بوئرک لائیڈ



کے محلول سے بار بار نطوّل کر کے صاف رکھنا چاہئے۔ پٹی باندھنے کی اور کبھی ایٹروپین (atropine) کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔

ثاقب زخم (perforating wounds) زیادہ خطرناک ہوتے ہیں، کیونکہ ان میں قرصیہ (iris) کے سقوط یا خروج (prolapse) کا خطرہ اور زیادہ گہرے حصوں کے زخمی ہونے کا اندیشہ رہتا ہے۔ ان کا علاج کامل صفائی سے، اور ان کے مرکزی یا محیطی ہونے کے لحاظ سے ایٹروپین (atropine) یا ایسیرین (eserine) اور ایک ضاغطہ (pressure-bandage) (دب پٹی) سے کیا جاتا ہے۔ اگر یہ وسیع اور بیقاعدہ ہوں، اور ان کے متعلق قیاس ہو کہ یہ ہر اسیت زدہ نہیں ہیں، تو طعّمہ میں دو خمیدہ ہم مرکز شکاف دیگر زخم پر ایک جھلی کا پل پھسلا دینا مفید مطلب ہو سکتا ہے۔

قرنیہ کے چھیدنے والے (ثاقب) زخموں کی صورت میں یہ سوال پیدا ہوتا ہے کہ کُروہ چشم کے اندر جسم غریب (foreign body) تو داخل نہیں ہو گیا ہے؟ ایسی صورت میں لاشعاعی امتحان (X-ray examination) کی اور جب یہ امکان ہو کہ لوہے یا فولاد کے ریزے داخل ہو گئے ہیں تو مقناطیس کلاں (giant magnet) کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے۔



# باب ہم

## امراض صلبیہ

(DISEASES OF THE SCLERA)

**تشریح**۔ طبقہ صلبیہ وہ پردہ ہے جو قرنیہ کے ساتھ ملکر گڑہ چشم کی بیرونی ریشہ دار تہہ بناتا ہے۔ وہ مضبوط، غیر شفاف، اور بے لچک ہوتا ہے اور گڑہ چشم کی کروی شکل کو قائم رکھتا ہے، اُس کی دبازت تقریباً ایک ملی میٹر ہوتی ہے، مگر مختلف مقاموں میں کسی قدر مختلف ہوتی ہے۔ اُس کی ساخت قرنیہ کی ساخت سے مشابہ ہے، یعنی وہ اتصالی بافت کے بندلوں سے مرکب ہے جس کے ساتھ کچھ لچکدار ریشے بھی ہوتے ہیں۔ یہ بندل طولی اور عرضی دونوں قسم کی تہوں میں مرتب ہوتے ہیں۔ یہ لائق مادے (cement substances) کے ذریعہ جڑی ہوئی ہوتی ہیں، جس میں خلوی فضائیں ہوتی ہیں، جن میں اتصالی بافت کے جُسیات (connective-tissue corpuscles) قیام رکھتے ہیں۔ لیکن صلبیہ میں یہ اجزا قرنیہ کی نسبت بہت کم باقاعدگی کے ساتھ مرتب ہوتے ہیں۔ بچوں میں صلبیہ اکثر نیلگوں سفید رنگ کا ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ وہ نسبتاً زیادہ پتلا ہوتا ہے اور شبیمہ (choroid) کا سیاہ رنگ اُس کے اندر سے



چمن کر نظر آتا ہے۔ صلبیہ آنکھ کے پچھلے قطب سے تقریباً ۵.۲ ملی میٹر اندر کی طرف  
عصب بصری (optic nerve) سے چھدا ہوا ہوتا ہے۔ یہاں صلبیہ عصب بصری  
کی خارجی لمفی پوشش کے ساتھ مل کر ایک جان (blended) ہو جاتا ہے۔ وہ  
حصہ جس میں سے یہ عصب گزرتا ہے ورقہ غربالی (lamina cribrosa) کے  
نام سے موسوم ہے۔

صلبیہ کی بیرونی سطح سفید اور چمکی اور خلافتینا (Tenon's capsule)  
اور ملتحمہ (conjunctiva) سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جن کے ساتھ وہ ڈھیلی  
اتصالی بافت (برصلبیتی: episcleral) کے ذریعہ اندر سے چمکی ہوئی ہوتی  
ہے۔ سامنے وہ کرہ چشم کے بیرونی عضلات (extrinsic muscles) کے  
منتہائی اندغامات (insertions) پیش کرتا ہے۔ اس کی اندرونی سطح، جو  
بھوری اور کھردری (ورقہ قائم: lamina fusca) ہے، ٹکڑوں اتصالی بافت  
کے رشتوں کے ذریعہ مشیمیہ سے جوئی ہوئی اور درجہ سے استری کی ہوئی ہے  
اور فوق المشیمیہ لمفی فضا (supra-choroidal lymph-space) کی بیرونی  
دیوار بناتی ہے۔ جہاں صلبیہ عروق اور اعصاب سے چھدا ہوا ہے، وہاں  
خلافتینان اور فوق المشیمیہ (supra-choroidea) کے درمیان ایک تباہ  
قائم ہو گیا ہے۔ باوجود اس کے کہ صلبیہ پر سے بہت سے عروق دمویہ گزرتے  
ہیں، خود اس کی عروقی رسد بہت کم ہے۔ البتہ برصلبیتی بافت (episcleral  
tissue) میں بہت سے عروق ہوتے ہیں۔

امراض صلبیہ میں سطحی التهاب (برصلبیتی التهاب: episcleritis)  
عمیق التهاب (التهاب صلبیہ: scleritis) 'عنبہ' (staphyloma)  
اور تضرعات (چوٹیں) شامل ہیں۔



التهاب صلبیہ (scleritis) یا تو سطحی ہو سکتا ہے یا عمیق۔

سطحی التهاب، جسے بر صلبیتی التهاب (episcleritis) کہتے ہیں، صلبیہ سے اوپر کی بافتوں میں محدود ہوتا ہے اور نسبتاً بے ضرر ہوتا ہے۔ عمیق التهاب، جسے صلبیتی التهاب (scleritis) کہتے ہیں، خود صلبیہ کو مآؤف کرتا ہے اور صلبیہ کے ماتحت اور متماکس (contiguous) حصوں میں پھیل کر خطرناک نتائج پیدا کر دیتا ہے۔ ان دونوں قسموں کے درمیان اکثر کوئی واضح خط فاصل نہیں پایا جاتا۔

## بر صلبیتی التهاب

(EPISCLERITIS)

بر صلبیتی بافت کا التهاب، جس میں صلبیہ کی سطحی تہیں مآؤف ہو جاتی ہیں، ایسا عارضہ ہے جو شاذ نہیں۔

علامات کسی قدر تکلیف، تدفع (lacrymation) 'خفیف رو'

اور نور ترسی (photophobia) پائی جاتی ہے۔ گاہے یہ علامات زیادہ

نمایاں ہوتی ہیں۔ قرنیہ سے متصل یا حد قرنیہ (limbus) سے تھوڑے ہی

فاصلہ پر، عموماً صدغی جانب، ارغوانی مائل رنگ کی ایک چٹٹی یا کسی قد

اُبھری ہوئی التهابی چکیتی (شکل ۱۲۲، صفحہ ۱۰) دکھائی دیتی ہے۔ اس

میں تفتیح (suppuration) یا تقرح (ulceration) کا رجحان نہیں

ہوتا ہے۔ چند ہفتوں کے بعد یہ ارغوانی دھبہ غائب ہو جاتا ہے، لیکن

اس کے بجائے دوسرے دھبے پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ اس طرح

ممکن ہے کہ یہ عمل قرنیہ کو گھیر لے۔ اس رجحانِ نکس (relapse) کی وجہ سے



ممکن ہے کہ یہ مرض مہینوں جاری رہے۔ بعض اوقات صلبیہ کی کچھ بد زنجی باقی رہ جاتی ہے، لیکن بصارت میں کسی طرح کا خلل نہیں ہوتا۔ کبھی کبھی قرنیہ کا قریبی حصہ بھی مبتلا ہو جاتا ہے۔ یہ مرض نفیسی التهاب ملتحمہ (phlyctenular conjunctivitis) کے ایک نمایاں اصابہ سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ بتدریج صلبیتی التهاب (اسکلیرائٹس) بن جائے۔

اسباب۔ یہ مرض عموماً بالغوں میں، اور خاص کر عورتوں میں، دیکھا جاتا ہے۔ اکثر یہ زنجیتی ('rheumatic') اور نقرسی (gouty) افراد میں پایا جاتا ہے۔ آتشک، تدرن (tuberculosis) اور فتورات حیف، اسکے اسباب معقدہ (predisposing factors) ہیں۔ علاج مسکن (sedative) قسم کا ہونا چاہئے؛ گرم تکمیدات (warm fomentations)۔ اگر نورتریسی نمایاں ہے تو دھنیلی عینک (smoked coquilles)۔ اگر قرنیہ ماؤف ہو گیا ہے تو آئروپین (atropine)۔ ایک فی دس ہزار طاقت کے آئدرینالین میں بالوکلین کے ایک فیصدی محلول (1 per cent. solution of holocain in 1:10,000 adrenalin) کے قطرے ٹپکانے سے تکلیف میں تخفیف ہوگی۔ پانچ ہزار میں ایک حصہ طاقت کے بائی کلورائیڈ آف مرکوری (bichloride of mercury, 1:5,000) کے زیر طمعی اثرا بات (subconjunctival injections) کی سفارش کی گئی ہے، لیکن طبعی محلول نمک (normal salt solution) کے اثرا بات بھی اسی قدر کارگر اور نسبتاً کم تکلیف دہ معلوم ہوتے ہیں۔ یلو آکسائیڈ



آف مریٹوری کا مرہم لگا کر ہلکی مالش کر دی جائے تو اس سے اکثر فائدہ ہوتا ہے، خاص کر اس وقت جبکہ مرض مزمن ہو جانے کا رجحان رکھتا ہو۔ مزمن حالتوں میں ممکن ہے کہ ڈائیونین (dionin) مفید ثابت ہو۔ جب وجع المفاصل (رثیۃ - روماتزم) کی سرگزشت موجود ہو تو سوڈیم سیلی سیلیٹ (sodium salicylate) یا ایسپرین (aspirin) بڑی مقداروں میں (۱۰ تا ۱۵ گرین ہر دوسرے گھنٹے) دینا چاہئے۔ بعض حالتوں میں تشخیصی ٹیوبرکولیٹنی امتحان (diagnostic tuberculin test) (صفحہ 473) سے ماسکی یا عمومی تعال (focal or general reaction) ظاہر ہونے کے بعد، ٹیوبرکولین (tuberculin) کے اثرات دینا داعیہ مطالع ہے۔ دوسری بنی خرابیوں (constitutional disorders) کے لئے بھی ادویہ تجویز کرنا چاہئے۔ پٹاسیم آیوڈائڈ تجویز کیا جاسکتا ہے، نیز پلوکارپین (pilocarpine) کے تحت الجلدی اثرات۔ مزمن حالتوں میں ایسیرین (eserine) اکثر مفید ہوتی ہے۔

### عارضی نوبتی برصیبتی التهاب (Transient Periodic Episcleritis)

برصیبتی التهاب کی ایک قسم ہے۔ یہ ناگہانی حملوں کے ساتھ ظاہر ہو کر کئی دن تک جاری رہتا ہے، اور کئی ہفتوں یا مہینوں کے وقفوں کے بعد دوبارہ ظاہر ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کا عود سالہا سال کے لئے ہو۔ یہ مرض تقریباً اور وجع المفاصل (روما تزمی) بالغوں میں دیکھنے میں آتا ہے۔ علاج وہی ہے جسکی سفارش برصیبتی التهاب (ایپی اسکیرائٹس) کے لئے کی گئی ہے۔



# التهاب صلیبیہ

(SCLERITIS)

یہ صلیبیہ کا ایک قلیل الوقوع التهاب ہے، جس میں علامات حادہ مہر مرض طویل، اور نتائج خطرناک ہوتے ہیں۔ اس مرض میں صلیبیہ کی پوری دبازت ماؤف ہو جاتی ہے، اور نرم ہونے کے بعد اس میں پتلا اور عنبی (staphylomatous) بن جانے کا رجحان ہو جاتا ہے۔ دونوں آنکھیں اکثر مبتلا ہوتی ہیں، اور نکس (relapse) بہت عام ہے۔ علامات - درد، جو عموماً شدید ہوتا ہے اور اکثر متصلہ خطوں میں تشعشع ہوتا ہے، ہڈی خطہ پر الیمیت (tenderness) 'تدفع (اشک ریزی)، اور نورتریسی۔ کرہ چشم کا تناؤ اکثر زیادہ ہو جاتا ہے۔ ثانوی گلاکوما (زرق الماء) اکثر پیدا ہو جاتا ہے۔

قرنیہ سے متصل نمایاں سیاہی مائل (dusky) یا بنفشی چمکتیاں پائی جاتی ہیں، یہ اکثر اوقات خط استوا (equator) تک پھیلی ہوئی ہیں اور اکثر حد قرنیہ (limbus) کو گھیر لیتی ہیں۔

پیچیدگیاں - قرنیہ بھی اکثر ماؤف ہو جاتا ہے اور تصلّیہ (sclerosing keratitis) (صفحہ 156) پیدا ہوتا ہے۔ اکثر اس التهاب کا نتیجہ ثانوی زرق الماء (secondary glaucoma) بھی ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ التهاب قرنیہ (iritis) التهاب جسم ہڈی (cyclitis)، التهاب شبیمہ (choroiditis) زجاجیہ کے عتاک (opacities of the vitreous)، اور ثانوی



گلاکوما کا موجود ہونا شاذ نہیں۔ جب ایسی پیچیدگیاں ایک ساتھ مجتمع ہو جائیں تو اس حالت کو مقدم التهاب عنبیہ (anterior uveitis) کہتے ہیں۔ ان تغیرات کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اکثر بصارت میں خطرناک طور پر خلل واقع ہو جاتا ہے، اور بعض اوقات بینائی جاتی رہتی ہے۔ صلبیہ کے پتلے ہو جانے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ کرہ چشم کے اگلے حصے کا عنب (staphyloma) پیدا ہو جاتا ہے، جو بنفشی رنگ کا ہوتا ہے اور قصر البصر (myopia) پیدا کر دیتا ہے۔

بحث اسباب - یہ مرض بالغوں میں اور بالخصوص عورتوں میں نہایت عام ہے۔ تدرن (tuberculosis) 'آتیک عوارض حمض' ماسکی سرایتیں (focal infections) اور بعض اوقات نقرس اس کے اسباب مُعدہ (predisposing causes) ہیں۔ سردی کا تکشف بعض اوقات سبب مُحرک ہوتا ہے۔

169

امراضیات - صلبیہ کے درمیانی طبقے اُذیمیائی ہو جاتے ہیں اور لمفی خلیوں، کثیر الاشکال نواتی خلیوں اور سرخ خلیوں کی درریز ہوتی ہے۔ مُتورم وُریقے (lamellæ) پارہ پارہ ہو کر پنخسری (necrotic) ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اُن کی جگہ لیفی بافت (fibrous tissue) لے لے۔ درریزش قرنیہ اور عنبیہ خطے (uveal tract) کے اندر تک پھیل جاتی ہے۔ کچھ عرصہ بعد صلبیہ پتلا ہو جاتا ہے۔

علاج اُنھیں تدابیرِ مشترک ہے جن کی بر صلبیتی التهاب (episcleritis) میں سفارش کی گئی ہے، اور اُنھیں سرگرمی کے ساتھ



کام میں لانا چاہئے۔ اس کے علاوہ اس التهابِ قرنیہ (keratitis) اور التهابِ عنبیہ (uveitis) کے لئے جو اس مرض کے ساتھ پیچیدگی کے طور پر پیدا ہو گئے ہوں، مناسب علاج ضروری ہے۔ بعض حالتوں میں ٹیوبریکولین کے انٹریات (tuberculin injections) کا رگر ہوتے ہیں۔ حاو علامات میں تخفیف ہو جانے کے بعد بعض اوقات گلاکوما کی تباہی کو کم کرنے یا عنبہ کو گھٹانے یا مصنوعی پتلی قائم کرنے کیلئے قزبہ برآری (iridectomy) کا عملی اختیار کرنا مناسب ہے۔

## صلیبہ کا عنبہ

(STAPHYLOMA OF THE SCLERA)

کرہ چشم کے اگلے حصے (ہدبی خطے) میں، یا خطِ استوا پر، یا بچلے حصے میں صلیبہ کا پتلا ہو جانا اور باہر کو ابھر آنا۔

ہدبی اور استوائی عنبات (ciliary and equatorial

staphylomata) عموماً عنبی خطہ کے اور صلیبہ کے ان التهابات

کے بعد ثانوی طور پر ہوتے ہیں، جن کی وجہ سے صلیبہ نرم ہو گیا ہو

اور اس کے ساتھ تناؤ کی زیادتی بھی ہو یا نہ ہو۔ اول الذکر (ہدبی عنبہ)

ایک نیلگوں خاکستری رنگ کا آبشار پیش کرتا ہے، جو محدود ہوتا ہے

یا قرنیہ کے گرد گرد پھیلا ہوا ہو سکتا ہے (شکل ۱۵۴)۔ یہ آبشار بڑھنے

کا رجحان ظاہر کرتا ہے اور بعض وقت پھوٹ پڑتا ہے۔ سیجیاتی عنبات

سے عنبہ کو حقیقی ہدبی عنبہ اور کبھی عنبہ (intercalary staphyloma)

میں متفرق کیا جاتا ہے۔ حقیقی ہدبی عنبہ میں خود جسم ہدبی (ciliary body)



آگے کو ابھر آتا ہے۔ کیسی غلبہ وہ ہے جس میں ابھرنے والا حصہ



شکل ۱۵۲ - صلبیہ کا غلبہ

(Staphylomata of the Sclera)

حدِ قرنیہ اور ہدنی خطے کے درمیان ہوتا ہے۔ استوائی غنات بیشتر ان کرات چشم میں دیکھے جاتے ہیں جنہیں مزمن گلاکوما کی وجہ سے نابینا اور دردنا ہونے کے باعث کاٹ کر نکال دیا گیا ہے۔ اگر قزحیہ برآری (iridectomy)

مکمل العمل ہو تو یہی اس کا واحد علاج ہے اور اسے مرضی عمل کی ترقی کو روکنے کی غرض سے کیا جاتا ہے۔ بعض حالتوں

میں اس وقت جبکہ کلانی یافتہ کرہ چشم بے بصر (نابینا) ہو اور بہت تکلیف کا باعث ہو، عملیہ انقاف (enucleation) یا عملیہ حشا برآری (evisceration) مناسب ہوتا ہے۔

غلبہ مؤخر (posterior staphyloma) کا وقوع عام ہے اور یہ قصر البصر (myopia) اور التهاب شبیمیہ (choroiditis) کے ساتھ ہوتا ہے (صفحہ ۱۹۷)۔ اسے چشم بین سے دیکھنے پر ایک اختلاف پذیر چوڑائی کا سفید رقبہ نظر آتا ہے جو قرص بصری (optic disc) کو گھیرے ہو ہوتا ہے (شکل ۱۵۲، صفحہ ۱۵)۔

## تضررات صلبیہ

(INJURIES OF THE SCLERA)

اہم تضررات میں انشقاق (rupture) اور شاقب زخم



(perforating wounds) شامل ہیں۔ یہ تضررات اس وجہ سے خطرناک ہوتے ہیں کہ ان میں کرہ چشم کے مشمولات کے خارج ہونے اور اندرون چشم میں سہرایت واقع ہو جانے کا خطرہ رہتا ہے۔ اگر ثاقب زخم چھوٹے اور صاف ہوں تو وہ اکثر بلا کسی تعامل کے مندمل ہو جاتے ہیں، اور ان کے لئے بجز صاف کر دینے اور بیٹی باندھ دینے کے کسی دوسرے علاج کی ضرورت نہیں ہوتی۔

بڑے اور کشادہ لب زخموں (gaping wounds) اور انشقاقات (ruptures) کی حالت میں اکثر زجاجیہ (vitreous) کے باہر نکل آنے کا امکان ہوتا ہے۔ زجاجیہ میں خون موجود ہوگا، تناؤ میں کمی ہوگی اور زخم کے اندر بعض ماتحت بافتیں (مشیمیہ) جسم ہڈی یا قزحیہ) پائی جاتی ہیں، ہوزخم کے محل وقوع کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں۔ ایسے زخموں کو صاف کر کے باہر نکلے ہوئے حصوں کو اس وقت جبکہ وہ زیادہ خطرناک طور پر مجروح نہ ہوئے ہوں پھر اندر داخل کر دینا چاہئے، اور صلیبیہ (sclera) میں یا زیادہ بہتر یہ ہوگا کہ ملتحمہ (conjunctiva) میں ٹانکے لگا کر زخم کا منہ بند کر دیا جائے۔ مریض کے لئے بالکل خاموش اور سکون کے ساتھ رہنا نہایت ضروری ہے اور اس کی آنکھ پر بیٹی باندھ دینا چاہئے۔

بعض اوقات ایسے زخم زیادہ التہابی رد عمل پیدا کرنے سے قاصر رہتے ہیں۔ ایسی صورت میں وہ نہایت جلد مندمل ہو جاتے ہیں اور بروز یافتہ (باہر نکلے ہوئے) حصے اکثر زخم کے ندبہ میں منجس یا مقید (incarcerated) ہو جاتے ہیں۔ لیکن اکثر اوقات ایسے



زخم التهابِ کُلِّ العین (panophthalmitis) پیدا کر دیتے ہیں جس کے بعد بالآخر ضمورِ کرہ چشم (phthisis bulbi) واقع ہو جاتا ہے، یا وہ تکوینی التهابِ قزحیہ و جسمِ ہدبی (plastic iridocyclitis) پیدا کر دیتے ہیں، جس سے بصارت جاتی رہتی ہے۔ جب زخم جسمِ ہدبی (ciliary body) کو مائوف کرتا ہو تو التهابِ قزحیہ و جسمِ ہدبی (iridocyclitis) کے پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے اور تضرر (چوٹ) اس وجہ سے اور بھی زیادہ خطرناک ہو جاتا ہے کہ ایسے زخم مشار کی التهابِ العین (sympathetic ophthalmitis) پیدا کر دینے کی قابلیت رکھتے ہیں۔

صلبیہ کے انشاقات (ruptures) گھونسوں یا کند آلات سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ عموماً قرنیہ کے حاشیہ کے قریب، اکثر اوپر کی طرف، واقع ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ملتحمہ پھٹا ہوا نہ ہو۔

جب صلبیہ کے تفصیلات بہت وسیع ہوں اور ان سے

171

کرہ چشم کے مشمولات کا معتد بہ حقہ ضائع ہو گیا ہو، اور جب ہم کو یقین ہو جائے کہ کار آمد بصارت کی توقع نہیں کی جاسکتی تو ایسی حالت میں کرہ چشم کو فوراً نکال دینا چاہئے۔ یہ اُس وقت اور بھی زیادہ ضروری ہو جاتا ہے جبکہ زخمِ ہدبی خطہ (ciliary region) جیسے خطرناک منطقہ کو مائوف کر دیتا ہے۔

آنکھ میں جسم غریب (foreign body) کی موجودگی ایک خطرناک پیچیدگی ہے۔ اجنبی جسم کے نکالنے کی کوشش کرنی چاہئے، جس کا طریقہ صفحہ 242 پر بیان کیا گیا ہے۔



جب کسی حالت میں کُڑھ چشم کے اندر ایک جسم غریب کی  
موجودگی کے متعلق ذرا بھی شک ہو تو لاشعاعی (X-ray) امتحان  
ضرور کر لینا چاہئے۔



## باب دوم

172

## امراض قرنیہ

(DISEASES OF THE IRIS)

تشریح و فعلیات - صلبیہ کے بالکل ہی نیچے آنکھ کا دوسرا یعنی

عروقی طبقہ (عنبیہ یا عنبیتی خطہ: uvea or uveal tract) واقع ہے۔ اسی

طبقہ سے کرہ چشم کا تغذیہ وابستہ ہے۔ یہ تین حصوں سے بنتا ہے جو آگے سے

پیچھے تک علی الترتیب قرنیہ (iris) 'جسم ہربی (ciliary body) 'اور شبکیہ

(choroid) کے نام سے موسوم ہیں۔ یہ تینوں حصے اس قدر قریبی طور پر مربوط

و متحد ہیں کہ جب ایک حصہ کسی مرض میں مبتلا ہو جاتا ہے تو اکثر دوسرے حصے

بھی اس کے شامل حال ہو جاتے ہیں۔

قرنیہ (آئرس) ایک نگینہ مدور جھلتی ہے جو قرنیہ کے پیچھے عدسہ

(lens) کے بالکل سامنے (ایک پردہ کی طرح) لٹکی ہوئی، اور اپنے مرکز میں

ایک مختلف الجھامت سوراخ سے مشقوب (چھدی ہوئی) ہے، جسے مدقہ

یا پستلی (pupil) کہتے ہیں۔ اس جھلتی کا یہ کام ہے کہ آنکھ کے اندر داخل

ہونے والی روشنی کی مقدار کو منضبط اور معتدل کر کے اندر داخل ہونے دے



اور ان ماسیتی شعاعوں (marginal rays) کو، جو شبکیہ پر کی شبیہ کے روشن اور نمایاں ہونے میں خلل انداز ہونگی، منقطع اور حذف کر دے۔ اس کا محیطی کنارہ جسم ہدنی کے سر اور رباط مشطی (ligamentum pectinatum) سے نکلتا ہے، اور اندرونی آزاد کنارہ (جو پتلی کے حلقہ کی سرحد بناتا ہے) اس وقت جبکہ پتلی سکڑی ہوئی یا معتدل طور پر پھیلی ہوئی ہو، عدسہ کے اگلے غلاف (anterior capsule) پر لگا رہتا ہے، مگر اس وقت جبکہ پتلی انتہائی طور پر پھیلی ہوئی ہو وہ خزانہ مقدم (anterior chamber) میں آزادانہ لٹکتا رہتا ہے۔ قزحیہ (آئرس) خزانہ مقدم کو خزانہ مؤخر (posterior chamber) سے جدا کرتا ہے۔ اس کی اگلی سطح کا رنگ مختلف آنکھوں میں نہایت مختلف ہوتا ہے۔ نیز اس سطح پر نیم قطری رخ کے متوجہ خطوط نمایاں ہوتے ہیں جو پتلی کے مرکز کے قریب کے ناہموار فرازوں (elevations) اور چوٹے چوٹے نشیبوں (crypts) کے ایک دائرہ کی طرف مستحق ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں دوسرے باریک تر خطوط بھی اس حلقہ سے پتلی کی طرف پھیلتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ دراصل یہ منظر ماتحت عروقِ دمویہ کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ قزحیہ (iris) نازک اور اسفنجی اتصالی بافت کے ہیکل (stroma) سے بنتا ہے، جس میں شاخدار رنگین خلیے، عضلی ریشے، اور بکثرت عروق و اعصاب موجود ہوتے ہیں۔ سامنے دو در علمہ (endothelium) سے اور پیچھے مؤخر تحدیدی غشا (posterior limiting membrane) اور شبکیہ کی لونی طبقات (retinal pigment layers) سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔

قزحیہ کے رنگ کا انحصار کچھ تو اس کے ہیکلی خلیات (stroma cells) کے مادہ ملونہ پر ہوتا ہے جو تغیر پذیر ہوتا ہے، اور کچھ شبکیہ کی تہوں کے خلیات کے



مادہ مٹو نہ ہو ہمیشہ ایک ہی حالت پر (مستقل) رہتا ہے۔

عضلی بافت، یعنی عاصہ، حلقہ (مروم افتار) (sphincter pupillae) ایک تنگ پٹی، تقریباً ایک ملی میٹر چوڑی، پتلی کے قریب سے پیچھے

سے گھیرے ہوئے واقع ہے، جسے عصب سوم (third nerve) سے رسد

173

پہنچتی ہے۔ مؤخر تحدیدی غشا (posterior limiting membrane) ایسے

ریشوں پر مشتمل ہے جو جسم ہدبی (سلیری باڈی) سے لیکر پتلی کے حاشیہ تک

پھیلتے ہیں۔ بعض ماہرین کا خیال ہے کہ یہ غیر مختلط عضلی ریشے (unstriated

muscle fibres) ہیں اور فاعلی انبساط حد قہ (active dilatation

of the pupil) پیدا کرنے میں حصہ لیتے ہیں۔ لیکن فاعلی انبساط حد قہ

پیدا کرنے والا خاص عامل شرائین کے دبیز عضلی طباقوں کا انقباض ہے جو عصب

(sympathetic) کے زیر اقتدار ہوتا ہے۔

قزحیہ (iris) کی پھلی سطح مٹو ن خلیات کے دو طبقات، یعنی عنبیتی تہہ

(uveal layer) سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ یہ تہہ آزاد کنارے تک پھیل کر او

اُس کے گرد قدرے مڑ کر حد قہ ماسیہ کی سیاہ جھال بناتی ہے۔

قزحیہ کے عروق شریان عینی (ophthalmic) کی دو شاخوں سے

آتے ہیں، جو طویل مؤخر ہدبی شرائین (long posterior ciliary arteries)

کے نام سے موسوم ہیں۔ ان میں سے ہر شریان ایک بالائی اور ایک زیریں

شاخ میں تقسیم ہوتی ہے۔ یہ شاخیں مقابل جانب کے متناظر عروق کے ساتھ

اور مقدم ہدبی (anterior ciliary) کے ساتھ تفرم (anastomose) کرتی ہیں

اور قزحیہ کے چسپیدہ ماسیہ کے بالکل پیچھے ہی ایک عروقی دائرہ بنادیتی ہیں

جسے قزحیہ کا عروقی دائرہ کبیر (greater vascular circle of the iris)



کہتے ہیں۔ اس سے جسمِ ہدبی اور قزحیہ کو شاخیں جاتی ہیں۔ قزحی شاخیں مُتلی کی طرف مستدق ہوتی ہیں، اور یہاں متفہم ہو کر ایک نسبتہ چھوٹا عروقی دائرہ، قزحیہ کا عروقی دائرہ صغیر (lesser vascular circle of the iris) بناتی ہیں۔ قزحیہ کی وریدیں شراہین کی متذکرہ بالا ترتیب کی متابعت کرتی ہیں۔ مزید برآں وہ قناتِ شلیم (canal of Schlemm) کے ساتھ ارتباط اور مواصلت رکھتی ہیں، اور بالخصوص پیچھے گردابی وریدوں (اور وہ دُوامہ: venae vorticosae) کی طرف جاتی ہیں۔

اعصاب جسمِ ہدبی کے ضمیرے (plexus) سے نکلتے ہیں، اور عصبِ سویم یعنی عینی کی انفی شاخ (nasal branch of the ophthalmic) سے، اور عصبِ مشار کی (sympathetic) سے ماخوذ ہوتے ہیں۔ غشاءِ حدقی (Pupillary Membrane) جنین میں مُتلی ایک مہینہ شفاف اور نازک جھلی (غشاءِ حدقی) سے بند ہوتی ہے۔ جنینی زندگی کے ساتویں یا آٹھویں مہینے میں یہ جھلی اور اس کے عروق بتدریج جذب ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ولادت کے وقت اس کی کچھ دھبیاں باقی ملیں۔ کبھی کبھی یہ جھلی تمام وکمال یا اس کا کچھ حصہ بدستور قائم رہ جاتا ہے (مستمر یا دائمی غشاءِ حدقی: persistent pupillary membrane)۔

بعض اوقات قزحیہ (iris) نمود نہیں پاتا، اور اس کا نتیجہ پیدائشی لاقزحیت (congenital aniridia) ہوتی ہے۔ زیادہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ قزحیہ کا نمونہ ناقص اور نامکمل رہ جاتا ہے، جس سے ایک خلا (خالی جگہ) باقی رہتا ہے، جو عموماً متشاکل ہوتا ہے اور اکثر نیچے اور انفی جانب کو ہوا کرتا ہے اسے پیدائشی شقاق قزحیہ (congenital coloboma of the iris) کہتے ہیں۔



کہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ شبیمیہ (choroid) کا نو بھی اسی طرح ناقص اور نامکمل ہو۔

## التهاب قزحیہ

(IRITIS)

یہ قزحیہ کا التهاب ہے جسے مندرجہ ذیل اقسام میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔

اقسام - (۱) مہر مرض کے لحاظ سے حاد (acute) تحت الحاد (sub-acute) اور مزمن (chronic) اقسام میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔  
(۲) امراضیاتی حاصلات کے لحاظ سے تکوینی (plastic) مصلی (serous) ریمی (purulent) اور تدرنی (tuberculous) میں۔

174 (۳) سببیاتی لحاظ سے تشکی (syphilitic) وجع المفاصلی (رثیتی) (rheumatic) 'نقرسی (gouty) ذیابیطسی (diabetic) سوزاکی (gonorrhoeal) تدرنی (tuberculous) خنازیری (scrofulous) ضربی (traumatic) مشارکی (sympathetic) ثانوی (secondary) اور خود رویا ذاتی (idiopathic) میں۔  
لیکن امراضیاتی حاصلات کی نوعیت کے لحاظ سے جماعت بندی غیر تشفی بخش ہے، کیونکہ ایک قسم دوسری قسم میں ضم ہو جاتی ہے۔ اسلئے یہ بہتر ہے کہ التهاب قزحیہ (iritis) پر ایک عام اور مجموعی حیثیت سے غور کیا جائے، اور پھر ان مختلف قسموں کی خصوصیات بیان



کی جائیں جن کے نام سببیاتی لحاظ سے رکھے گئے ہیں۔

معروضی علامات (Objective Symptoms) - قزحیہ متغیر

دکھائی دیتا ہے (شکل ۱۵۶، صفحہ ۱۲)۔ وہ متورم اور ملدّر (دھندلا اور پھیکے رنگ کا) ہو جاتا ہے، اُس کی چمک جاتی رہتی ہے، اُس کے خطوط اور نشانات بغیر واضح ہو جاتے ہیں، اُس کا رنگ بدل جاتا ہے، نیلے یا بھورے قزحوں میں سبزی مائل رنگ ہو جاتا ہے اور سیاہ قزحوں میں مٹیالا رنگ ہو جاتا ہے۔ یہ تغیرات قزحیہ کے امتلا (congestion) کی وجہ سے



اور اُس کے جرم کے اندر خلیات اور فائبرن (fibrin) کے ارتشاح نیز خزائے مقدم (anterior chamber) میں ارتشاح کے

باعث ہوتے ہیں۔

پتلی سکرّی ہوئی، کسی قدر بھورے رنگ کی، بطی الفعل (sluggish) اور ناہموار شکل

(۱۵۵) ہوتی ہے۔ یہ ناہمواری ان

چمکیوں (انضمات) کی وجہ سے ہوتی ہے جو قزحیہ کی پتلی سطح اور عدسہ کے اگلے غلاف کے درمیان پیدا ہو جاتی ہیں (مؤخر التصاقات قزحیہ: posterior synechiae) اور جو ایڑوین ٹپکانے کے بعد نہایت

شکل ۱۵۵ - التهاب قزحیہ میں مؤخر

التصاق قزحیہ جس سے پتلی ناہموار

ہو گئی ہو (Posterior Synechiae

Causing Irregular Pupil

- in Iritis)

اچھی طرح دکھائی دیتی ہیں۔





شکل ۱۵۶—بائیں آنکھ میں التهاب قرحیہ (Iritis)



شکل ۱۵۷—قرحیہ میں آتشکی گریہاں



شکل ۱۵۸—منقط التهاب قریہ  
(Keratitis punctata)



شکل ۱۵۹—التهاب کلی العین  
(Panophthalmitis)



شکل ۱۶۰—التهاب کلی العین  
(Panophthalmitis)







کوشکِ آبی (aqueous chamber) کے مافیہ میں تغیرات دنا ہوتے ہیں۔ اکثر اوقات اُس میں گد لاپن پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ قزحیہ کی پچھلی سطح پر گرد دنا جاؤ موجود ہو (قرنی رسوبات: keratic precipitates: or 'k.p'. جو اکثر زیرین حصے کو ماؤف کرتا ہے (شکل ۱۵۸، صفحہ ۱۱۲) یا پورے قزحیہ پر ایک ابر نما منظر پیدا کر سکتا ہے۔ اس ارتشاح میں پیپ موجود ہو سکتی ہے جو تہ میں بیٹھ جاتی ہے (کوشکی ریم: hypopyon) یا فائبرین (fibrin) جو منجمد ہو کر ایک خاکستری تودہ بن جاتی ہے (آئینجی التهاب قزحیہ: spongy iritis) یا ممکن ہے کہ خون ہو (دروں چشمی نزف: hyphaema: خزانہ) (anterior chamber) طبعی حالت کے مقابلہ میں گہرا ہو سکتا ہے۔ کرہ چشم کا تناؤ، گو وہ عموماً طبعی ہوتا ہے، ممکن ہے کہ بڑھا ہوا ہو۔

۱۷۵ ممکن ہے کہ عدسہ کا اگلا غلاف ارتشاح کے شواہد پیش کرے، اور جہاں مؤخرالتصاقات قزحیہ (posterior synechia) پھٹ گئے ہیں وہاں عنبیہ کے مادہ ملوئ (uveal pigment) کے چوٹے چھوٹے دھبے بھی نظر آئیں۔

گرد قزحیتی اشتراب (circumcorneal injection) ہمیشہ نمایاں ہوتا ہے اور اس گلابی منطقہ کے ساتھ کم و بیش ملتحمی (conjunctival congestion) بھی موجود ہوتا ہے۔

موضوعی علامات (Subjective Symptoms) درد، نور ترسی، تدمع، خلل بصارت، اور بعض اوقات عام کسالت (malaise) پر مشتمل ہوتے ہیں۔



درواکثر شدید اور وجع العصبی (neuralgic) نوعیت کا ہوتا ہے جو پیشانی اور کنپٹی کی طرف تشعّع ہوتا (پھیلتا) ہے اور اس کی شدت رات کے وقت بدترین (سب سے زیادہ) ہوتی ہے۔ بعض اوقات اس کے ساتھ کورہ چشم کی الیمیت (tenderness) بھی ہوتی ہے۔ یہ ایسی علامت ہے جس سے جسم ہربی (ciliary body) کی ماؤفیت ظاہر ہوتی ہے۔

تیزی نظر میں کمی خزانہ مقدم کے تکدر (دھندلے پن) اور پتلی کے اندر اور قزحیہ کی کچھلی سطح پر مطروحات (deposits) کے جمنے پر منحصر ہوتی ہے۔ جب یہ کمی بہت نمایاں ہو تو اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ التهاب زیادہ گہرے حصوں میں پھیل گیا ہے۔

تفریقی تشخیص (Differential Diagnosis) - التهاب قزحیہ (iritis) کو اکثر غلطی سے حاد نازلتی التهاب ملتحمہ (acute catarrhal conjunctivitis) سمجھ لیا جاتا ہے۔ بعض وقت حاد گلاکوما کو غلطی سے التهاب قزحیہ (iritis) سمجھ لیا جاتا ہے۔ التهاب قزحیہ اور التهاب ملتحمہ کے تفریقی نکات صفحات ۳۴۳ و ۳۴۴ پر جدول میں درج کئے گئے ہیں۔

اگر ان جدولوں میں دئے ہوئے تفریقی نکات کو ذہن میں رکھا جائے تو ان تین امراض کی تفریقی تشخیص کرنے میں بہت کم وقت پیش آئے گی۔

التهاب قزحیہ (iritis) کو غلطی سے التهاب ملتحمہ (conjunctivitis) سمجھ لینا ایک برصیبی کی بات ہوگی، کیونکہ (اس کے آگے کی عبارت ملاحظہ ہو صفحہ ۳۴۴ پر)



حاد التهاب قزحیہ (Acute Iritis)	حاد التهاب ملتحمہ (Acute Conjunctivitis)	حاد گلاکوما (Acute Glaucoma)
۱۔ قزحیہ متورم، دھندلا اور بد رنگ۔	۱۔ قزحیہ میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔	۱۔ قزحیہ (congested) بد رنگ، دھندلا، محیطی حصہ سامنے کو ہٹا ہوا۔
۲۔ پتلی چھوٹی، بھوری، بلی، لفل (sluggish) ایٹروپین کے استعمال کے بعد ناہموار۔	۲۔ پتلی طبعی حالت میں۔	۲۔ پتلی پھیلی ہوئی، بیضوی، غیر متحرک۔
۳۔ خزانہ (anterior chamber) کی گہرائی طبعی مصلی قسم میں زیادہ گہرا، اور اس میں ارتشاح (exudation) موجود ہوتا ہے۔	۳۔ خزانہ مقدم طبعی حالت میں۔	۳۔ خزانہ مقدم کم گہرا، اور آبی بعض اوقات گدلا۔
۴۔ قزحیہ شفاف (مکن ہے کہ کچھ سطح پر مطروحات deposits: ظاہر کرے) اور زود جس۔	۴۔ قزحیہ شفاف۔	۴۔ قزحیہ بھاپ دار (steamy) اور زود جس۔
۵۔ ہڈی (گرد قزحیہ) (ciliary) اشراب	۵۔ ملتحمہ اشراب۔	۵۔ ہڈی اور ملتحمہ (episcleral) اشراب



حاد التهاب قرصیہ	حاد التهاب ملتحمہ	حاد کلاکوما
قرنیہ کے گرد اگر وہیں عروق کا گلابی منظر جو قبوہ کے قریب پھیکا پڑ جاتا ہے۔	موٹے شکے، جو قبوہ میں ہوتا ہے نمایاں ہو کر قرنیہ کی طرف کم ہو جاتے ہیں۔	(نیز ملتحمہ امتلا)۔
۶۔ ملتحمہ عموماً شفاف۔	۶۔ ملتحمہ سرخ اور غیر شفاف۔	۶۔ ملتحمہ ممتلی اور تہجی (chemotic)
۷۔ اشک ریزی، لیکن بلا اخراج مواد۔	۷۔ مخاطی یا مخاطی ریحی مواد کا اخراج۔	۷۔ اشک ریزی، لیکن بلا اخراج مواد۔
۸۔ تناؤ عموماً طبعی (گاہے بڑھا ہوا)۔	۸۔ تناؤ طبعی۔	۸۔ تناؤ بڑھا ہوا۔
۹۔ کسی قدر ہدبی آہستہ موجود ہوتی ہے۔	۹۔ ہدبی آہستہ نہیں ہوتی۔	۹۔ ہدبی آہستہ موجود ہوتی ہے۔
۱۰۔ درد پیشانی اور کنپٹی تک پہنچتا ہے۔ رات کے وقت زیادہ تکلیف دہ ہو جاتا ہے۔	۱۰۔ تکلیف گرمی اور کمر درد پن کا احساس لیکن حقیقی درد نہیں ہوتا۔	۱۰۔ آنکھ میں اور اس کے اطراف میں شدید درد اور ساتھ ہی درد سر ہوتا ہے۔
۱۱۔ کم نظری (دھند)۔	۱۱۔ بصارت میں کوئی خلل نہیں ہوتا، بجز اس دھند پن کے جو سطح قرنیہ کے مواد آلود ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔	۱۱۔ نہایت نمایاں دھند اور کم نظری۔



اس سے فوراً ایٹروپین ٹپکانے میں تاخیر ہو جائے گی۔ لیکن گلاکوما کو التهاب قزحیہ (iritis) سمجھ لینا ایک نہایت خطرناک مغالطہ ہوگا، کیونکہ ایٹروپین کا استعمال گلاکوما میں ایک مصیبت خیز حادثہ ہوگا، گو وہ (ایٹروپین) التهاب قزحیہ میں ایک نہایت اہم چیز ہے۔

فہم۔ التهاب قزحیہ (iritis) حادثہ ہو کر اُس کا مرکز کئی ہفتے جاری رہ سکتا ہے، یا وہ مزمن ہو کر کئی ہفتے جاری رہ سکتا ہے۔ بہت سے مریضوں میں اس کا اختتام خاطر خواہ طور پر اچھا ہوتا ہے، بالخصوص اُس وقت جبکہ اس کا علاج ابتداء میں ہی سے کیا جائے۔ ایسی صورت میں ارتشاح (exudation) جذب ہو جاتا ہے اور قزحیہ (iris) اپنی معمولی (طبعی) حالت پر آ جاتا ہے، سابقہ التهاب کا کوئی نشان باقی نہیں رہتا یا محض خفیف سے آثار رہ جاتے ہیں۔ مزمن حالتوں میں التهابی علامات نہایت خفیف اور ہلکے ہوتے ہیں یا بالکل ہوتے ہی نہیں۔ التهاب قزحیہ کی بعض قسمیں مکرر (بار بار) ہونے کا رجحان رکھتی ہیں۔ التهاب قزحیہ ایک یا دونوں آنکھوں کو ماؤف کر سکتا ہے۔ جب دونوں آنکھوں پر حمل ہوتا ہے تو دوسری آنکھ عموماً پہلی آنکھ کے ماؤف ہونے کے بعد تھوڑا وقت گزرنے پر ماؤف ہوتی ہے۔

177

پیچیدگیاں۔ التهاب قزحیہ (iritis) کی شدید قسموں میں بعض اوقات آنکھ کے متصل حصے [ملقمہ (conjunctiva) 'قرنیہ' جسم ہدبی (ciliary body) 'مشیمیہ (choroid) 'زجاجیہ (vitreous) 'عصب بصری (optic nerve) اور شبکیہ (retina)] بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ التهاب قزحیہ (iritis) کے ساتھ جسم ہدبی



کے التهاب (cyclitis) کی شرکت [جسے مجموعی طور پر التهاب قزحیہ و جسم ہڈی (iridocyclitis) کہتے ہیں] اس قدر عام ہے کہ بعض مصنفین ان دونوں حالتوں کو ایک ساتھ ہی بیان کرتے ہیں اور خاصاں التهاب قزحیہ (iritis) کو ایک نادر الوقوع حالت سمجھتے ہیں۔ اگر التهاب قزحیہ کے دوران میں علامات ذیل واقع ہوں تو وہ التهاب جسم ہڈی (cyclitis) کی موجودگی پر دلالت کرتے ہیں: شدید التهابی علامات، بصریت میں نمایاں کمی، ہڈی خطہ میں الیمیت (tenderness) قزحیہ کی کچھلی سطح پر مطروحات (deposits) اور طبعی تناؤ میں کمی یا بیشی۔

عواقب - اکثر مؤخر التصاقات قزحیہ (posterior synechiae) پائے جاتے ہیں، اور عدسہ کے اگلے غلاف پر مطروحات موجود ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی اعتزال حدقہ (seclusion of the pupil) مسدودی حدقہ (occlusion of the pupil) 'ذبول قزحیہ' (atrophy of the iris) 'زجاجیہ کے عتامات' (opacities of the vitreous) 'عدسہ کے پچھلے غلاف پر مطروحات' (deposits) اور نزول الماء (موتیا بند) (cataract) بھی اس مرض کے عواقب میں سے ہوتے ہیں۔ اعتزال حدقہ (seclusion of the pupil) (annular posterior synechia: حلقہ دار مؤخر التصاق قزحیہ) میں قزحیہ کا پورا حدقی حاشیہ پیچھے پیکا ہوا ہوتا ہے، مگر پتلی صاف رہتی ہے (شکل ۱۶۲)۔ اس سے خزانہ مقدم (anterior chamber) اور خزانہ مؤخر (posterior chamber) کے درمیان رابطہ زائل (راستہ بند) ہو جاتا ہے۔ ہڈی زائدوں (ciliary processes) کا



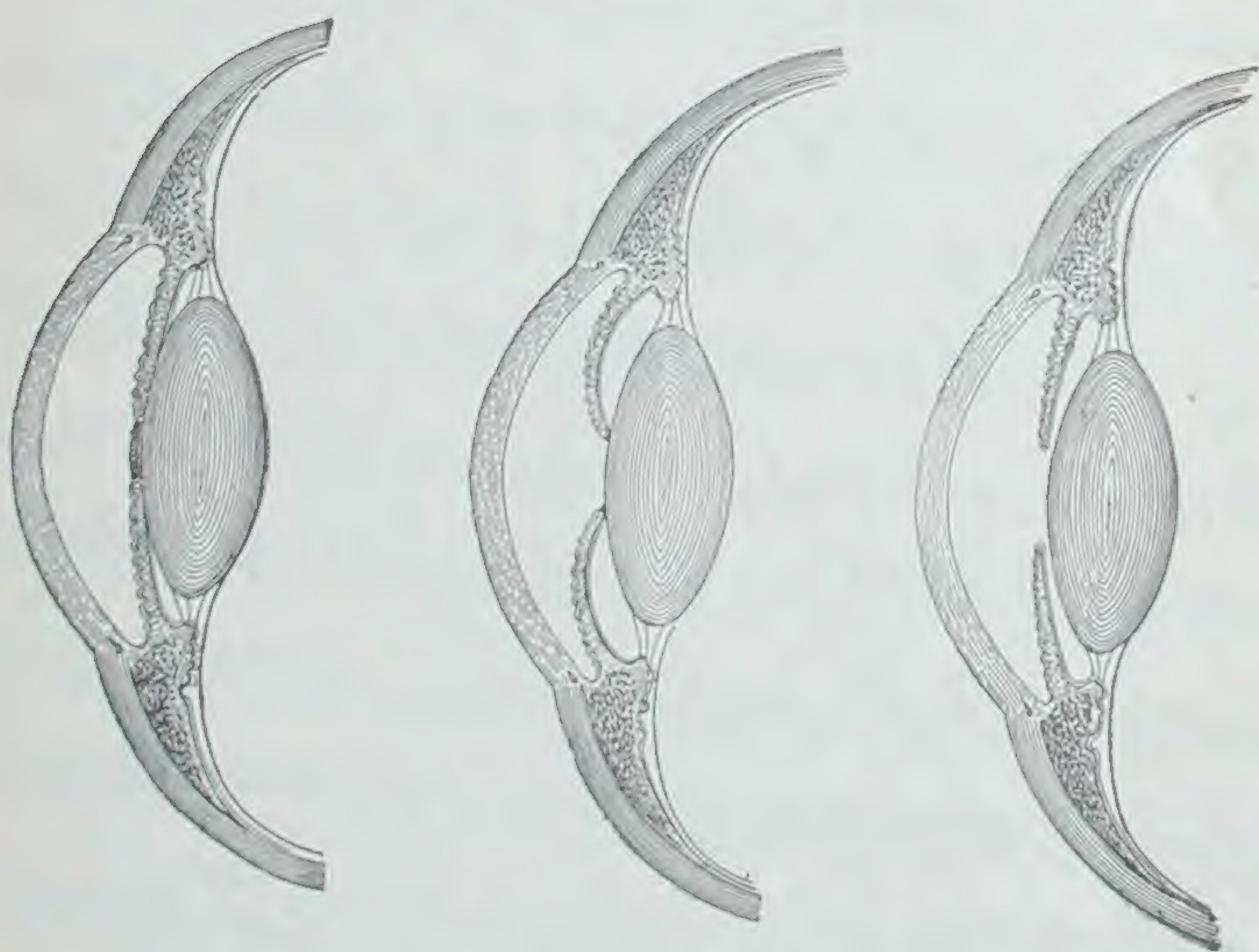
افراز کردہ مائیدہ (aqueous) اندر محصور ہو جاتا ہے، قزحیہ تن کر (قزحیہ بارز: iris bombe) مذبول ہو جاتا ہے، اور بالآخر گکلا کو ما (زرق الماء) پیدا ہو جاتا ہے، اور اگر اس کا تدارک نہ کیا جائے تو نابینائی ہو جاتی ہے۔ پتلی کا غیر شفاف رشحہ (exudate) سے پر ہو جانا مسدودی حد (occlusion of the pupil) ہے (شکل ۱۶۳)۔

بحث اسباب - التهاب قزحیہ (iritis) کا انحصار عموماً نظام جسم کے کسی فتور پر ہوتا ہے (بہت سی حالتوں میں آشک پر)۔ اکثر اس کا انحصار اس سم (toxin) پر ہوتا ہے جو جسم کے کسی حصے کے عفونی ماسکہ (septic focus) سے مائخوذ ہوا ہو۔ اس گروہ میں وہ سرایت شامل ہے جو مبتلائے مرض دانتوں (جو یفی نتیج pyorrhoea: اور گرد راسی سرایت: periapical infection) لوزین (tonsils) ، ناک اور اضافی انفی جوفوں (nasal accessory sinuses) ، غدہ قدامیہ (prostate) ، نسوانی اعضاء تناسل یا معانی خطے سے پیدا ہو جائے۔ بعض حالتوں میں التهاب قزحیہ مزمن سوزاک (chronic gonorrhoea) سے پیدا ہو جاتا ہے۔ نام نہاد رو ماترمی اصابات غالباً ماسکی تراث (focal infection) کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ شاذ حالتوں میں التهاب قزحیہ کا انحصار تمدن (tuberculosis) حاد ساری امراض (acute infectious diseases) یا ذیابیطس پر ہوتا ہے۔

امراض میات - قزحیہ کا التهاب وہی تغیرات پیش کرتا ہے جو دوسری اتصالی بافت کے التهاب میں واقع ہوتے ہیں، مگر یہ تغیرات



اس جہلی کی وافر عروقت اور اس کے ہیکل (stroma) کے ڈھیلے پن کے لحاظ سے ترمیم یافتہ ہوتے ہیں۔ عروق و مویہ پھیل جاتے ہیں اور ہیکل (stroma) اور خزانہ مقدم کے اندر لمف، لمفی خلیوں، اور فائبرین کا ارتشاح ہوتا ہے۔ خلیے جو خزانہ مقدم کے اندر جا پہنچتے ہیں مائیہ (aqueous) میں تکرر پیدا کر دیتے ہیں اور قزحیہ کی پچھلی سطح سے



شکل ۱۶۳۔ تراش جس سے  
مکمل مؤخر التصاق قزحیہ  
(Total Posterior  
Synechia) اور سد  
حدقہ (Occlusion  
of the Pupil)  
ہوتی ہے۔

شکل ۱۶۲۔ تراش جس سے  
حلقہ دار مؤخر التصاق قزحیہ  
(Annular Poste-  
rior Synechia)  
Seclusion: (اعتزال حدقہ)  
(of the Pupil)  
بارز (Iris Bombe)  
ظاہر ہوتا ہے۔

شکل ۱۶۱۔ کرہ چشم کے  
اگلے حصے کی تراش جس سے  
قزحیہ (iris) کے لمبی تعلقات  
(مجاورات) ظاہر ہوتے  
ہیں۔



چپک کر قرنی رسوبات بناتے ہیں۔ ممکن ہے کہ التهاب کے یہ تمام حاصلات بالکل جذب ہو جائیں، یا ممکن ہے کہ وہ مُعَصَّی (organised) ہو جائیں اور فائبرینی مادہ (fibrinous material) قزحیہ اور عدسہ کے اگلے غلاف کے درمیان انضمامات (چپکیاں) نیز غلاف عدسہ پر مطروحات (جماؤ) بنا دے۔ مزمن التهاب قزحیہ (chronic iritis) میں اور حاد التهاب قزحیہ (acute iritis) کے مکرر حملوں کے بعد ممکن ہے کہ قزحیہ مذبول اور انحطاط یافتہ ہو جائے۔ ایسی حالت میں اُس کا رنگ تبدیل ہو کر میلا خاکستری (dirty gray) ہو جاتا ہے، اُس کی سطح پر سُرخ خطوط نئے عروق دمویہ کے نمایندے ہوتے ہیں۔ پتلی بطنی التعال (sluggish in reaction) ہوتی ہے اور اُس کا حاشیہ پتلا اور ناہموار ہوتا ہے۔

علاج - (۱) ایٹروپین (atropine)، (۲) ڈایونین

(dionin)، (۳) جونکیں، (۴) گرم کمبیدا (hot fomentations) (ٹکور)، (۵) سکون و آرام، (۶) روشنی سے بچاؤ، (۷) تسبیبی عامل کا علاج۔

ایٹروپین (atropine) قزحیہ کے امتلا کو کم کرتی ہے،

اس حصہ کو آرام سے رکھتی ہے، پتلی کو پھیلا دیتی ہے (انبساط حدقہ = mydriasis) اور اس طرح انضمامات (چپکیاں) نہیں پیدا ہونے دیتی اور جو انضمامات پہلے بن چکے ہیں اُن کو توڑ دینے کا رجحان رکھتی ہے۔ ابتداءً اسے ہر دوسرے گھنٹے ٹپکایا جائے، اور پتلی پھیل جانے کے بعد دن میں تین یا چار بار۔ جب التهاب بہت زیادہ ہوتا ہے تو



پتلی جلد نہیں پھیلتی۔ کوکین شریک کر دینے سے ایٹروپین کا فعل اکثر زیادہ (زوردار) ہو جاتا ہے۔ اگر ایٹروپین کے محلول کے 'یا اس سے بھی بہتر یہ ہے کہ ایڈرینالین کے 'یا ان دونوں کے آمیزہ کے ایک قطرے کا زیر ملتحمی اثر اب (subconjunctival injection)

حد قرنیہ (limbus) کے قریب اس مقام پر کر دیا جائے جو کسی سخت دشوار علاج چسکی (انضمام) کے متناظر ہو تو اس کا اثر اکثر یہ ہو گا کہ وہ چسکی چھوٹ کر آزاد ہو جائیگی، بشرطیکہ وہ تازہ ہی ہو۔ بعض حالتوں میں تسمم ایٹروپین (atropine-poisoning) کے مقامی یا عمومی علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ایسی صورت میں ایٹروپین کی بجائے کوئی دوسری موسع حدقہ (پتلی کو پھیلانے والی) دوا استعمال کرنی پڑتی ہے (مثلاً ڈوبائسین: duboisine، ہیاسیامین: hyoscyamine، اسکوپولامین: scopolamine، ملاحظہ ہو باب ۳۱)۔ ایسی حالتوں میں اکثر بیلاڈونا

کا آبی خلاصہ (aqueous extract of belladonna) (۸:۱) اچھا عمل کرتا ہے۔ استثنائی صورتوں میں ایٹروپین التهابی علامات میں زیادتی پیدا کر دیتی ہے، چنانچہ اسے موقوف کر دینا چاہئے، اور اب ممکن ہے کہ ایک قابض حدقہ (myotic) دوا کارآمد ہو۔ ایٹروپین کے اس عمل کے رونما ہونے کا امکان اس وقت ہوتا ہے جبکہ تناؤ زیادہ ہو، اور بعض اوقات اس وقت جبکہ التهاب جسم ہڈی (cyclitis) بطور ایک پیچیدگی کے لاحق ہو جائے۔ التهاب قزحیہ میں اس وقت جبکہ قابض حدقہ ادویہ استعمال کی جائیں مسلسل نگرانی کی ضرورت ہوتی ہے، کیونکہ اندیشہ ہوتا ہے کہ کہیں ایسا نہ ہو کہ انضمامات (چسکیاں)



بنجائیں اور ثانوی گلاکوما لاحق ہو جائے۔

ڈائیونین (dionin) سے درد میں کسی قدر تخفیف ہو جاتی ہے اور خون اور لف کے دوران میں مقامی طور پر تحریک ہو کر اس سے رشتحات (exudates) کے انجذاب میں مدد ملتی ہے۔

جونکیس (leeches) - کنپٹی پر دو یا تین جونکیس لگا دینے سے

عموماً اچھا اثر ہوتا ہے۔ مصنوعی جونک (artificial leech) کا استعمال اب عملاً متروک ہے۔

تر اور گرم رفادات (compresses) روزانہ کئی گھنٹے استعمال کرنے سے حاد حالتوں میں درد اور التهاب کم ہو جاتا ہے۔ ضربی التهاب قرحیہ (traumatic iritis) کی حالت میں التهاب کو ابتدائی درجہ ہی میں روکنے کی کوشش میں برفانی رفادات (iced compresses) استعمال کئے جاسکتے ہیں۔

حاد التهاب قرحیہ (acute iritis) کے ابتدائی درجہ میں مریض کو بستر پر کامل آرام و سکون سے رکھنا علاج کا ایک اہم امدادی جز ہے۔

روشنی سے بچاؤ ضروری ہے، جس کے لئے دھندلی عینک (smoked glasses) یا سایہ کیا ہوا کمرہ (shaded room) جس میں شیشے وغیرہ روشنی کے تمام راستے رنگین پردوں وغیرہ سے ٹھانک وٹے گئے ہوں) کام میں لایا جاسکتا ہے۔

اجنبی پروٹین (foreign protein) کا اثراب (مثلاً ۵ تا ۱۰ مکعب سم عقیقہ دودھ کا اثراب ٹمرین کے اندر) اکثر نہایت کارآمد



ہوتا ہے، خاص کر اُن حالتوں میں جن میں فائبرینی رشحہ (exudate) موجود ہو۔

دوسری اہم تدبیریں حسب ذیل ہیں :- ملکی غذا، شراب سے پرہیز، ایک تیز مسہل اور نزدیک کے کاموں (پڑھنے لکھنے وغیرہ) کے لئے آنکھ کے استعمال سے پرہیز۔

بذاتی علاج (constitutional treatment) ایسا ہونا

چاہئے جس میں اُن دوائی (indications) کا لحاظ ہو جو اس مرض کی مختلف قسموں میں ضروری ہیں۔ (مثلاً) آشکی التهاب قزحیہ (syphilitic iritis) میں سیلاب یعنی پارہ (mercury) عموماً

بذریعہ تریخ (inunction) اس حد تک دیا جاتا ہے کہ کثرت ریتی (salivation) شروع ہو جائے۔ پھر علامات کم ہو جانے کے بعد

اُس کے بجائے مخلوط علاج (پارہ اور آیوڈائنڈ آف پوٹاسیم) سے کام لیا جاتا ہے۔ سالورمان (salvarsan) کے اثرات سے اکثر

بہت جلد فائدہ ہوتا ہے۔ بعض ایسی حالتوں میں جن میں مرض کا اسی سبب دریافت نہیں ہو سکتا، پارہ کی تھوڑی تھوڑی مقداریں مفید اثر رکھتی ہیں۔ روماتزمی (رثمتی) حالتوں میں سیلیسیلٹ آف سوڈیم

(salicylate of sodium) کی بڑی مقداریں ایسپرین کی تھوڑی مقداروں کے ساتھ دینے سے حالت میں اصلاح ہو کر درد میں تخفیف

ہوتی ہے۔ یہ دوا دوسری قسموں میں بھی درد کے لئے مسکن اثر رکھتی ہے۔ مدرنی (tuberculous) حالتوں میں ماورائے بنفشی روشنی

(ultra-violet light) کے ذریعہ عمومی علاج کا اثر اکثر مفید ہوتا ہے۔



بعض حالتوں میں ٹیوبریکٹولین (tuberculin) داعیہ علاج ہے۔ سوزاکی حالتوں میں جدرینات (vaccines) کے استعمال سے اور بعد کے درجہ میں قدامی ذلک (prostatic massage) اور مؤخر مجری البول کے نطول (irrigation of the posterior urethra) سے فائدہ ہوتا ہے۔

بزل (paracentesis) کبھی کبھی آسناؤ کو کم کرنے کی غرض سے نیز غیر العلاج حالتوں میں مرض کی رفتار پر مفید اثر پیدا کرنے کے لئے اختیار کیا جاتا ہے۔ انہیں وجود کی بنا پر پہلے قرحیہ (iridectomy) کا علیہ کیا جاتا تھا۔ لیکن قاعدہ ہے کہ عملیاتی طریقے صرف الہتابی علامات کم ہو جانے کے بعد عواقب (sequelae) کے تدارک کے لئے کارآمد ہوتے ہیں۔

سریری اقسام (clinical varieties) - آتشکی الہتابی قرحیہ

(syphilitic iritis) ایک نہایت عام قسم ہے۔ اس کا وقوع الہتابی آتشک (acquired syphilis) کے دوسرے درجہ میں ہوتا ہے۔ یہ الہتاپ قرحیہ عموماً حاد ہوتا ہے۔ دوسری آنکھ پہلی آنکھ کے بعد جلد ہی ماؤف ہو جاتی ہے۔ اس میں کم و بیش ٹکونی (plastic exudation) اور چوڑے چوڑے التصاقات قرحیہ (synechiae) ہوتے ہیں۔ بعض حالتوں میں زردی مائل عروقی گرہکیں ہوتی ہیں، جو اکثر قرحیہ کے مدقی کنارے پر واقع ہوتی ہیں (شکل ۱۵، صفحہ ۱۲)۔ درد نمایاں نہیں ہوتا۔ اور اگر برابر علاج کیا جائے تو شخص مرض (relapse) عام نہیں ہے۔ الہتاپ قرحیہ کے ساتھ آنکھ کے اندر آتشک کے دوسرے ظواہر بھی نمودار



ہوتے ہیں، مثلاً التهاب مشیمیہ و شبکیہ (choroido-retinitis) وغیرہ۔  
 کبھی کبھی رخنکی التهاب قزحیہ (interstitial keratitis) کے ساتھ  
 التهاب قزحیہ (iritis) بطور پیچیدگی کے واقع ہو جاتا ہے۔  
 التهاب قزحیہ کی ایک مادہ قسم اکثر روماتزم سے منسوب کھاتی  
 ہے لیکن شاید یہ کہنا زیادہ صحیح ہوگا کہ روماتزم اور التهاب قزحیہ اکثر  
 ایک مشترک سبب سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کا حملہ بعض اوقات صرف  
 ایک ہی آنکھ پر ہوتا ہے، لیکن بیشتر اوقات دونوں آنکھیں ماؤف ہو جاتی  
 ہیں۔ یہ خاصکر بالغوں میں ہوتا ہے۔ اس میں انصباب مصلی (serous  
 effusion) ہوتا ہے جس کے ساتھ چند غلیات ہوتے ہیں۔ ورنمایاں  
 ہوتا ہے، اور نکس (غود مریض) عام ہے۔ غالباً ان میں بہت سی حالتیں  
 سوزا کی مبدار کی ہوتی ہیں۔

181

سوزا کی التهاب قزحیہ (gonorrhoeal iritis)  
 کبھی کبھی ان لوگوں میں دیکھنے میں آتا ہے جو سوزاک یا زنفہ (gleet)  
 (جریان) میں مبتلا ہوں۔ بہت سی حالتیں جو روماتزمی کہلاتی ہیں اصل  
 سوزا کی ہوتی ہیں۔ رشحہ (exudate) نکوینی ہوتا ہے، ورنمایاں ہوتا  
 ہے اور نکس عام ہیں۔ سوزا کی نبتات کے جڈرینات (gonococcal  
 vaccines) کے اثرات داعیہ علاج میں واکثر اس طرح مفید ہوتے ہیں جس طرح کہ  
 غددہ قدامیہ کی مالش (واکب قدامی: prostatic massage) اور نوخر  
 مجری البول کا نطول۔ ان دونوں کو التهاب قزحیہ میں سکون ہونے کے  
 بعد استعمال کیا جاتا ہے، سبب مرض کے تدارک اور نکس مرض کو روکنے  
 کے لئے۔



متعفن سمرایت (septic infection) کے باعث

التهاب قزحیہ (iritis) - بوسیدہ دانست (pyorrhœa: بنجج)  
گرد راسی خراج (periapical abscess: عفونی لوزتین (septic  
(tonsils) اضافی انفی جوفوں (nasal accessory sinuses) کی  
سمرایت، عوارض ہاضمہ، التهاب قولون (colitis) 'مزمن قبض، متعفن  
رنخم، یا اور کوئی ایسا ذریعہ جو ذاتی تسم (auto-intoxication) کا اثر  
بنجائے، التهاب قزحیہ پیدا کر سکتا ہے۔ سبب مرض کا کھوج لگانا چاہئے  
اور اگر ممکن ہو تو اس کا ازالہ کیا جائے۔

ذیابیطسی التهاب قزحیہ (diabetic iritis) - اس کی  
نوعیت تکونی (plastic) ہوتی ہے، اور غیر مرض مزمن ہوتا ہے۔

تدرنی التهاب قزحیہ (tuberculous iritis) ایسی  
قسم ہے جو عام نہیں۔ یہ خاص کمزبچوں اور نو عمر بالعموں میں پایا جاتا ہے  
اور اس کے ساتھ جسم کے دوسرے حصوں میں تدرن کا ہونا لازمی نہیں۔  
یہ دو قسموں میں پایا جاتا ہے: (۱) دُخنی (miliary) جس میں ہدبی  
یا حدقی کنارے کے پاس چھوٹی چھوٹی کسی قدر خاکستری رنگ کی گرہیں  
پیدا ہو جاتی ہیں۔ (۲) قزحیہ کے ہدبی حصہ میں ایک منفرد زردی مائل  
بھورا تودہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ درنی مطروحات موافق حالات میں کُلی  
طور پر جذب ہو جائیں۔ اس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ درنی عمل بالآخر  
کرہ چشم کو تلف کر دے۔ علاج وہی ہے جو عموماً التهاب قزحیہ میں  
اختیار کیا جاتا ہے، اور اس کے ساتھ تدرن (tuberculosis) کا  
علاج بھی کیا جائے۔



اگر کسی حالت میں آنکھ ضائع ہو چکی ہو مگر جسم کے کسی دوسرے حصہ میں تدرن کی کوئی علامت موجود نہ ہو تو کُرہ چشم کو نکال دینا چاہئے۔

## قرزجہ کے سلع (رسولیاں)

(TUMOURS OF THE IRIS)

یہ حسب ذیل ہو سکتے ہیں: (۱) التهابی (inflammatory) (الف) آتشکی۔ (ب) تدرنی۔ ان دونوں کو ابھی بیان کیا گیا ہے، اور (۲) نوبالیدگیاں (new growths)؛ دوبرہ (cyst)؛ میلانی سلعہ (melanoma) اور لحمی سلعہ (sarcoma) جو سب درالوقوع ہیں۔

## قرزجہ کی چوٹیں

182

(INJURIES OF THE IRIS)

یہ غیر ثاقب (non-perforating) اور ثاقب (perforating)

ہو سکتی ہیں۔

۱۔ غیر ثاقب تضرات (non-perforating injuries)

[ارتجاج (concussion)؛ کُرہ چشم پر گھونسنے] نتائج ذیل پیدا کر سکتے

ہیں:۔ (الف) انبساط حدقہ (mydriasis) (ب) حدقی کنارے کی

دریدگی یا چاک (tear)۔ ان دونوں حالتوں میں ایسیرین (eserine)

واعیہ علاج ہے۔ (ج) قرزجہ پاشیدگی یا تخلیص قرزجہ (iridodialysis)۔

اس میں قرزجہ کا ہدبی کنارہ علیحدہ ہو جاتا ہے (شکل ۱۶۴) اور اسکے لئے

ایٹروپین (atropine) کی ضرورت ہوتی ہے۔



ثاقب تضررات (perforating injuries) عموماً عدسہ کے یا آنکھ کے دوسرے حصوں کے زخموں کی موجودگی کے باعث پیمیدہ ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ گڑھ چشم کا ایک ثاقب زخم قرنیہ (iris) کو پھاڑ دے یا اسے محض قرنیہ کے زخم میں سے یا ہدبی نچلے کے زخم میں سے باہر نکل آنے دے (پسوز: prolapse)۔ ایسی حالتوں میں ایک ہلکے مُصَفّی غسول سے زخم کا نپلول (irrigation) کر کے بروز یافتہ (بارز) حصے کو کاٹ ڈالنا



چاہئے، اور کٹی ہوئی کوروں کو ایک وقناع (repositor) کے ذریعہ زخم میں سے بہ احتیاط ہٹا کر آنکھ میں ایٹروپین کے قطرے پکانے کے بعد پٹی باندھ دینی چاہئے۔ اگر اس قسم کے عملیہ سے پہلے خزانہ مقدم (anterior

chamber) اجتماع مائیں ہو کر از سر نو بن چکا ہے تو قرنیہ کے

ستونوں (iris pillars) کو اُن کی اصلی جگہ پر بحال کرنے کا ایک آسان طریقہ یہ بھی ہے کہ ایک چھوٹے قرنیہ تراش (keratome) سے مد قرنیہ (limbus) پر ایسا شکاف دیا جائے جو زخم سے زاویہ قائمہ پر ہوا اور زخم سے جس قدر ممکن ہو دور ہو۔ بروز یافتہ قرنیہ کے کاٹ ڈالنے کے بعد اگر ضرورت ہو تو اسی شکاف میں سے آلہ وقناع (repositor) اندر داخل کیا جاسکتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایک جسم غریب (foreign body)

شکل ۱۶۴۔ قرنیہ پاشیدگی (Iridodialysis)



قرنیہ میں سے گذر کر قرحیہ پر حجم جائے۔ ایسی حالت میں ایک نیرک چاقو (lance-knife) سے حد قرنیہ پر ابتدائی شکاف دینے کے بعد اُس زّرہ کو ایک غیر مسنن چمٹے (non-toothed forceps) سے نکال دینا چاہئے۔ اگر جسم غریب مقناطیسی (magnetic) ہے تو اُسے صفحہ 241 پر بیان کئے ہوئے طریقہ سے ایک مقناطیس (magnet) کے ذریعہ نکالا جاسکتا ہے۔ اگر یہ کوششیں ناکام رہیں تو قرحیہ کے اُس حصے کو جس پر جسم غریب جاگزیں ہے، زخم میں سے کھینچ کر قطع کر دینا چاہئے۔

## قرحیہ کے عملیات

188

(OPERATIONS UPON THE IRIS)

قرحیہ مابہ آری (Iridectomy) - یہی ایک عملیہ ہے جو قرحیہ پر اکثر کیا جاتا ہے۔ اسے گلا کوما (ترق الما) کے ساتھ بیان کیا گیا ہے (صفحہ 224) کیونکہ یہ عملیہ اُس مرض میں بھی داعیہ علاج (ضروری) ہوتا ہے۔

قرحیہ شکافی (Iridotomy) اور غلافی قرحیہ آری (Iridocystectomy) وہ عملیات ہیں جن کی ضرورت خوش قسمتی سے شاذ و نادر ہی ہوتی ہے۔ ان کو عمل میں لانے کا موقع اُس وقت ہوتا ہے جبکہ چوٹ یا موتیا بند کے عملیہ کے بعد عدسہ (lens) ضائع ہو چکا ہو اور پتلی التهاب کی وجہ سے سدود ہو یا ندبہ (cicatrix) کی طرف کھینچ آئی ہو۔ قرحیہ شکافی (iridotomy) کے عملیہ میں زیگلر کے چاقو (Ziegler's knife) یا گریفے کے چاقو (Graefe knife)



یا ایک مخصوص کھڑائی قینچی (forceps-scissors) کے ذریعہ جو قرنیہ کے ایک چھوٹے شکاف میں سے اندر داخل کی جاتی ہے، قرنیہ کے ریشوں کو برفیلا کاٹ دیا جاتا ہے۔ غلافی قنداحید، برآئسی (iridocystectomy) میں قرنیہ تراش (keratome) کے ذریعہ قرنیہ میں سے ایک شکاف دیا جاتا ہے، اور ایک کند خطاف (blunt hook) یا کلاب (forceps) کے ذریعہ غلاف (capsule) اور قرنیہ کی کوہ کو باہر کھینچ کر ایک ٹکڑا کاٹ دیا جاتا ہے۔ ان دونوں عملوں کی غرض مصنوعی مدقہ (artificial pupil) بنانا ہے۔ عملیتی اعتبار سے نتیجہ خواہ کتنا ہی کامل اور بے نقص ہو مگر جہاں تک بصارت کا تعلق ہے اُس میں اُن زجاجی عتامات (vitreous opacities) کی وجہ سے جو سابقہ التهاب سے پیدا ہو جاتے ہیں، عموماً نقص واقع ہو جاتا ہے۔

پتلی

### (THE PUPIL)

طبعی پتلی گول ہوتی ہے اور اُس کا محیطی خاکہ (گرو) (outline) یکساں ہوتا ہے۔ وہ نوعروں میں کسے رسیدہ لوگوں کی نسبت بڑی ہوتی ہے۔ جسامت میں دونوں آنکھوں کی پتلیوں کو برابر ہونا چاہئے۔ ایک پتلی پر شدت تنویر (intensity of illumination) کو بدلنے سے دونوں پتلیوں کو یکساں طور پر متاثر ہونا چاہئے۔ پتلی کے حرکات انقباض (contraction) (سکڑنا) اور انبساط (dilatation) (پھیلنا) ہیں۔ قرنیہ (iris) کے انقباضی ریشوں، یعنی عضلہ مامرو مدقہ



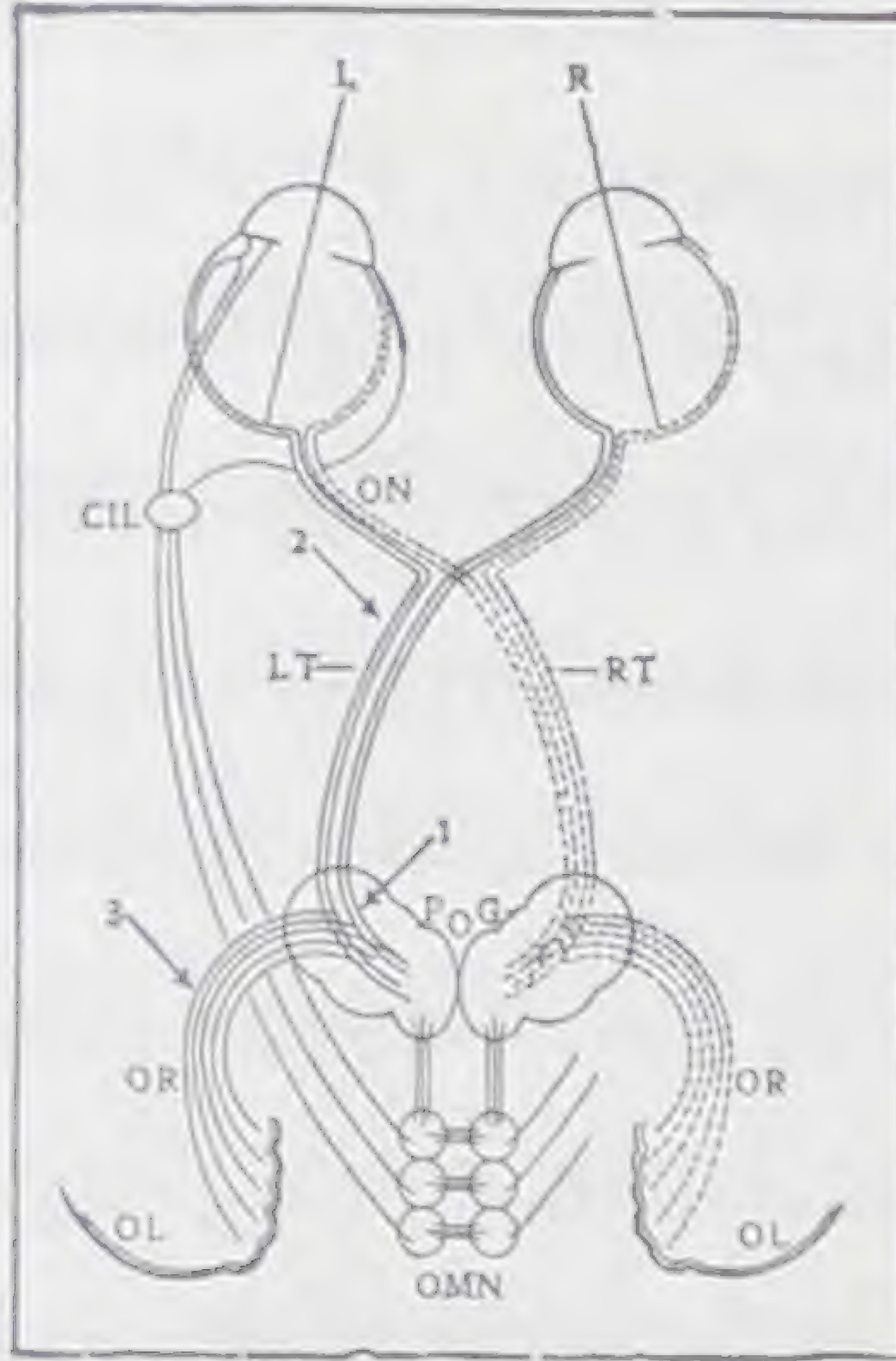
(third nerve) کو عصب سوم (sphincter pupillae muscle) سے عصبی رسد پہنچتی ہے۔ مؤخر تحدیدی غشاء (posterior limiting membrane) کے موصوع ریشوں کی عصبی رسد کے متعلق خیال کیا جاتا ہے کہ وہ عصب مشارکی (sympathetic) سے حاصل ہوتی ہے۔ قزحیہ کے عروق دمویہ (جن کی عصبی رسد بھی مشارکی سے حاصل ہوتی ہے) پتلی کی فاعلی توسیع (active dilatation) میں خاص عامل کا کام دیتے ہیں، یعنی ان عروق کے سکڑنے سے قزحیہ میں بھنچاؤ (narrowing) ہوتا ہے جس سے پتلی پھیل جاتی ہے۔

پتلی کا سکڑنا محرک العین (oculomotor) عصب کے نتیجے (stimulation) اور مشارکی کے شلل (paralysis) سے عمل میں آتا ہے۔ اس کا پھیلنا عصب سوم کے شلل سے یا مشارکی نتیجے کے تابع ہوتا ہے۔

محرک العین عصب کے ریشے ہدی عقدہ (ciliary ganglion) اور ہدی اعصاب قصیرہ (short ciliary nerves) میں سے ہو کر منتقل ہوتے ہیں۔ عصب سوم کا مبدائی نواتہ جو قزحیہ کے حرکات سے وابستہ ہے، مصیف سلویوس (aqueduct of Sylvius) کے فرش میں قیام رکھتا ہے اور تین حصوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے: (۱) وہ حصہ جس سے قزحیہ کے عاصر ریشے (sphincter fibres) نکلتے ہیں۔ (۲) وہ حصہ جو توفیق (accommodation) میں بذریعہ عضلہ مدبیہ (ciliary muscle: بروئے کار آتا ہے) اور (۳) وہ حصہ جو استفاق یا تقارب (convergence) سے متعلق ہے (بذریعہ داخلی مستقیمہ



(internal rectus: - مشار کی یا مُوسع ریشے (dilating fibres)



شکل ۱۶۵ - استقبصاری اور حدقی انعکاسی راستے

(Visual and Pupillary Reflex Paths)

- L بائیں آنکھ - R دائیں آنکھ - ON عصب بصری (optic nerve) -
- LT بائیں آنکھ بصری (left optic tract) - RT دائیں آنکھ بصری (right optic tract) -
- POG ابتدائی بصری عقدہ - OMN محرک عینی کے نوات - OR اشعاعات بصری -
- OL قذالی نختہ - CIL حدقی عقدہ - 1 - اس مقام پر ریشوں کو قطع کر دینے سے کسی جانب کے بائیں نصف شبکیہ پر روشنی ڈالنے پر روشنی کا حدقی تعامل مفقود ہو جاتا ہے -
- 2 - اس مقام پر قطع کرنے سے بھی وہی اثر ہوتا ہے مع دائیں ہم آنکھ نیم بصری
- (right homonymous hemiopia) کے - 3 - اس مقام پر قطع کرنے سے دائیں
- ہم آنکھ نیم بصری پیدا ہوتی ہے مگر اس کے ساتھ روشنی کا حدقی تعامل محفوظ رہتا ہے -



عمقی جمل شوکی (cervical spinal cord) کے زیرین حصہ کے بدنی شوکی مرکز (cilio-spinal centre) سے نکلتے ہیں۔

روشنی میں آنے سے 'اور توفیق (accommodation) اور استدقاق (convergence) کے اثر سے پتلی سکڑ جاتی ہے انقباض ضوئی (light contraction) (یعنی پتلی کا سکڑنا جو روشنی کے اثر سے ہوتا ہے) یا تو راست ہوتا ہے یا ہم اساسی (consensual) (یعنی معکوس تہیج کے اثر سے)۔ راست ضوئی معکوس (direct light reflex) حاصل کرنے کے لئے ایک آنکھ کی بہ شدت تنویر کی جاتی ہے اور اس آنکھ کی پتلی کے انقباض (سکڑنے) کو بغور دیکھا جاتا ہے۔ ہم اساسی یا بالواسطہ ضوئی معکوس (consensual or indirect light reflex) حاصل کرنے کے لئے ایک آنکھ میں روشنی ڈال کر دوسری آنکھ کی پتلی کے انقباض کو غور سے دیکھا جاتا ہے۔ توفیقی اور استدقاقی معکوس (accommodation and convergence reflex) حاصل کرنا یہ طریقہ ہے کہ مریض کے چہرے کے سامنے چند انچ فاصلہ پر خط وسطی میں کوئی چیز رکھ کر اُس کی طرف دیکھنے کی ہدایت کی جاتی ہے! یا کرنے پر اُس کی پتلیاں سکڑتی ہوئی دکھائی دینگی۔ یہ تینوں افعال باہم متلازم (associated) ہوتے ہیں۔

185

جب روشنی میں تکشف کے اثر سے پتلی سکڑ کر جسامت میں کم ہو جاتی ہے تو اُس کا یہ انقباض (سکڑنا) کامل طور پر مسلسل نہیں ہوتا بلکہ انقباضی عرصہ کے دوران میں اُس میں متعدد دقیقہ ارتزازات (minute oscillations) واقع ہوتے ہیں۔ جب یہ ارتزازات زوردار اور



نمایاں ہوتے ہیں تو اس حالت کو ارتشاع حدقلہ (hippus) کہتے ہیں۔ یہ ارتشاع دو جانبی، اور مرکزی مبداء کا ہوتا ہے لیکن اس کا سبب وراثیت نامعلوم ہے۔

پتلی کے انبساطی معکوسات (dilatation reflexes) راست direct: اور ہم احساسی: consensual: دونوں) اُس وقت دیکھے جاتے ہیں جبکہ آنکھ کو ڈھانک دیا جائے، اور جب کسی دور کی چیز کی طرف دیکھا جائے۔ علاوہ ازیں ایک حسی معکوسہ (sensory reflex) بھی ہوتا ہے۔ جب حسی اعصاب کو متہیج کیا جاتا ہے، مثلاً جلد کو کھجا کر یا گدگد کر، تو دونوں پتلیاں پھیل جاتی ہیں۔

ہم احساسی انقباض (consensual contraction) کی توجیح اس حقیقت سے ہو سکتی ہے کہ آنکھ میں روشنی کا تہیج (stimulus) عصب بصری (optic nerve) کے ذریعہ منتقل ہو کر دونوں بصری خطوں (optic tracts) میں جاتا ہے اور اس طرح وہ ہر دو جانب کے عصب سوم کے نوات (nucleus of the third nerve) کو پہنچتا ہے (شکل ۱۶۵)۔ ایک آنکھ کی نابینائی اس آنکھ کے راست معکوسہ (direct reflex) کو زائل کر دیتی ہے، مگر اس کا ہم احساسی معکوسہ (consensual reflex) محفوظ اور برقرار رہتا ہے۔

بعض امراض باتی حالتوں میں ممکن ہے کہ ضوئی معکوسہ (light reflex) بصارت میں مداخلت کے بغیر ہی زائل ہو جائے۔ آرگائل رابرٹسنی حدقہ (Argyll-Robertson pupil) جو تحرکی بے فستق (locomotor ataxia) کی ایک کثیر الوقوع علامت ہے، ایسی پتلی ہوتی ہے جو



توفیق (accommodation) اور استدقاق (convergence) کے ساتھ ٹوٹ کر جاتی ہے مگر روشنی سے نہیں متاثر ہوتی۔ عموماً اس حالت کے ساتھ انقباض حدقہ (miosis) موجود ہوتا ہے۔ اس حالت کی توجیہ یہ بیان کی جاتی ہے کہ عصب بصری سے لیکر محرک عین عصب کے نوات (oculomotor nucleus) تک جانے والے رگڈر میں مزاحمت ہو جاتی ہے، مگر توفیق اور استدقاق کے مرکوزوں کے تعلقات اور اتصالات غیر متاثر رہتے ہیں۔ اس قسم کی پتلی کو "tonic pupil" کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہئے، جس کے ساتھ اکثر کبھی رجبہ (knee-jerk) (گھٹنے کا جھٹکا) غیر موجود ہوتا ہے اور جو نظام عصبی کے کسی خطرناک مرض پر دلالت نہیں کرتا۔ ایسی پتلیاں عموماً ایک جانبی ہوتی ہیں۔ اگرچہ یہ نظام روشنی سے غیر متاثر رہتی ہیں، لیکن تاریک حجرے میں ٹھہرے رہنے کے بعد اکثر تعامل ظاہر کرتی ہیں۔ یہ اپنے مقابل جانب کی غیر ماؤف پتلی کی نسبت زیادہ بڑی ہوتی ہیں اور استدقاق (convergence) واقع ہونے پر ایک وسیع و عریض تجول (wide range) کو طے کر کے محض بتدریج سکڑتی ہیں۔ پتلیوں کے ممتاز خصوصیات۔ اُن کی جسامت اُن کی مساوات، اور اُن کے معکوسات۔ نظام عصبی کے مختلف امراض کی تشخیص کے لئے اور دماغی اضرار (cerebral lesions) کے محل وقوع کی تعیین (تجزیہ: localization) میں نہایت اہم اور کارآمد ہوتے ہیں۔ اسی واسطے اُن درآرندہ (afferent) اور برآرندہ (efferent) راستوں سے واقف ہونا ضروری ہے، جو پتلی کے حرکات پر مقتدر ہیں (رہنما: شکل ۱۶ اور ۲۲۳ الف، اور صفحہ ۲۵) درآرندہ سوقہ (afferent impulse)



کا مرشکبہ (retina)، عصب بصری (optive nerve) دونوں بصری  
 خطے (optic tracts) 'اجسام رباعیہ توأمیہ' (corpora  
 quadrigemina) اور عصب سویم کے وہ ابتدائی نوات ہیں جو  
 مصیف سلوویس (aqueduct of Sylvius) کے فرش میں واقع ہیں  
 (دونوں جانبوں کے درمیان ایک رابطہ موجود ہوتا ہے)۔

برآزندہ سوقہ (efferent impulse) دونوں جانبوں پر ان  
 نواتوں سے روانہ ہو کر عصب سویم ہدبی عقدہ (ciliary ganglion)  
 اور ہدبی اعصاب صغیرہ (short ciliary nerves) میں سے گذرتا  
 ہوا قرحیہ (iris) کو پہنچتا ہے۔

باسطات مدقہ (mydriatics) اور قابضات مدقہ (miotics)  
 کا بیان عینی علاجیات (Ocular Therapeutics) کے باب میں اور  
 صفحہ 388 پر درج کیا گیا ہے۔ نیم بصری مدقی معکوسہ (hemianopic  
 pupillary reflex) کی توضیح صفحہ 320 پر درج ہے۔



# باب دوم

187

## جسم ہدبی کے امراض

(DISEASES OF THE CILIARY BODY)

تشریح - جسم ہدبی (ciliary body) عروقی (tunica vasculosa) کا وہ حصہ ہے جو قرص (iris) کے قاعدہ سے لیکر شبیہ (choroid) کے اگلے حصہ بیچھے کی طرف پھیلتا ہے۔ اُس میں زوائد ہدبیہ (ciliary processes) اور عضلہ ہدبیہ (ciliary muscle) شامل ہیں ایسی طولی تراش مثلاًشی شکل کی ہوتی ہے، جس کا تنگ قاعدہ سامنے کی طرف ہوتا ہے۔ اس قاعدہ سے قرص (iris) نکلتا ہے۔ مثلث کا بیرونی ضلع عضلہ ہدبیہ (ciliary muscle) سے بنتا ہے، اندرونی ضلع دو حصوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے: اگلا حصہ جس پر زوائد ہدبیہ (ciliary processes) لگے ہوئے ہوتے ہیں، اور پچھلا حصہ جو ہموار ہوتا ہے۔

عضلہ ہدبیہ (ciliary muscle) (عضلہ توفیق muscle of accommodation) غیر خطی عضلی ریشوں سے بنتا ہے، جو بندلوں میں مرتب ہوتے ہیں، ایک دوسرے سے متوازی متفق ہو کر ایک قسم کا خفیہ (plexus) بنا دیتے ہیں اور متن مختلف سمتوں یعنی خطا جبرہ میں (meridionally)، تشعری رخ میں اور دو



یا حلقہ دار صورت میں، دوڑتے ہیں۔ مدور اور طولی ریشوں کا باہمی تناسب آنکھ کی انعطافی (refractive) حالت کے اعتبار سے مختلف ہوتا ہے۔ دراز نظری (hypermetropia) کی حالت میں مدور گروہ خوب نمایاں ہوتا ہے (شکل ۲۵۵)۔ لیکن قصر البصر یا کوتاہ نظری (myopia) میں یہ گروہ مذبول (atrophied) ہوتا ہے (شکل ۲۵۶)۔ جب عضلہ ہدبیہ (ciliary muscle) منقبض ہوتا ہے تو وہ اپنے ساتھ وائڈ ہدبیہ (ciliary processes) اور شیمیہ (choroid) کو سامنے اور اندر کی جانب کھینچتا ہے، جس سے رباط معلق (suspensory ligament) ڈھیلے پر کر دے۔ کو زیادہ محدب ہو جانے کا موقع ملتا ہے۔

زوائل ہلکے بیضا تقریباً ستر (۷۰) ڈیگری (ڈیگریس) یا دہائی میں، جو خطہ جاری میں (meridionally) مرتب ہو کر ایک دائرہ بنا دیتی ہیں۔ انکی ساخت وہی ہے جو کہ باقی شیمیہ (choroid) میں پائی جاتی ہے، بلکہ یہ نسبتاً اور بھی زیادہ عروقی ہوتے ہیں۔ یہ اندرون چشم میں ان غذائی مسیالات کا افراز کرتے ہیں جو متعلقہ حصوں، بالخصوص قرنیہ عدسہ اور زجاجیہ (vitreous) کے کچھ حصے، کو تغذیہ پہنچاتے ہیں۔ جسم ہدبی (ciliary body) کی اندرونی سطح تین تہوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے: باہر ایک متجانس غشا ہے جو قرصیہ کی مؤخر تحدیدی غشا (posterior limiting membrane) کے ساتھ مسلسل ہوتی ہے۔ اس کے بعد لونی سرطلہ (pigment epithelium) ہے۔ اندر کی طرف، زجاجیہ سے متصل، اُستوانی غیر لونی خلیات (cylindrical non-pigmented cells) کی ایک تہ ہے۔

جسم ہدبی کو قرصیہ کے دائرہ کبیر (greater circle) کی شاخوں سے اور مقدم ہدبی شریانیں (anterior ciliary arteries) سے رسد پہنچتی ہے۔ وریدیں، جن سے زوائڈ ہدبیہ (ciliary processes) کا بیشتر حصہ بناتا ہے،



چھچھپے کی طرف شیمیہ کی اورمہ دُقامہ (venae vorticosae) (گردابی وریڈل) کو جاتی ہیں۔ عضلہ ہدبیہ (ciliary muscle) میں سے آنے والی وریڈوں میں سے چند وریڈیں بھیچے کو جا کر، صلبیہ (sclera) کو چھید کر مقدم ہدبی اسٹراسا میں (anterior ciliary arteries) کے ساتھ ساتھ ملحقہ کے نیچے دوڑتی ہیں۔ یہی بنفشتی زیر ملتحمی عروق ہیں جو ہدبی اسٹراسا (ciliary injection) میں اور زیادہ گہرے امتلا (گٹکا کوما) میں بھیچے کی طرف دوڑتی ہوئی نظر آتی ہیں۔ یہ ملتحمی وریڈوں (conjunctival veins) کے ساتھ تفرق کرتی ہیں اور قنالِ شلیم (Schlemm's canal) سے رابطہ رکھتی ہیں۔

188

## التهاب جسمِ ہدبی و عنیبہ

(CYCLITIS AND UVEITIS)

جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، التهابِ قزحیہ (iritis) اکثر التهابِ جسمِ ہدبی (cyclitis) کے ساتھ ہوتا ہے (التهابِ قزحیہ و جسمِ ہدبی: iridocyclitis)۔ اگرچہ التهابِ جسمِ ہدبی (cyclitis) کے غیر مخلوط اصابات بھی واقع ہوا کرتے ہیں، مگر وہ عام نہیں ہیں۔ عموماً جسمِ ہدبی (ciliary body) کے التهاب میں عنیبی خفے (uveal tract) کے متصل خفے بھی مآؤف ہو جایا کرتے ہیں۔

علاً التهابِ قزحیہ و جسمِ ہدبی (iridocyclitis) کی اصطلاح اُن اصابات کے لئے مختص ہے جن میں التهابِ قزحیہ کے علامات کے ساتھ جسمِ ہدبی کی مشارکت کے قطعی شواہد موجود ہوں۔



اقسام - التهاب جسم ہدبی (cyclitis) (التهاب قزحیہ و جسم ہدبی : iridocyclitis) کو حسب ذیل اقسام میں تقسیم کیا جاسکتا ہے :- (۱) حاد (۲) مزمن یا التهاب عنبیہ (uveitis) - (الف) خفیف قسم اور (ب) شدید قسم - (۳) ریمی (purulent) اور مشارکی (sympathetic) -

## حاد التهاب قزحیہ و جسم ہدبی

(ACUTE IRIDOCYCLITIS)

حاد التهاب قزحیہ و جسم ہدبی ایسی صورت پیش کرتا ہے جو التهاب قزحیہ (iritis) کے حاد حملہ کی ہوتی ہے، اور مزید برآں اس کے ساتھ ذیل کے علامات کا اضافہ ہوتا ہے جن سے جسم ہدبی (ciliary body) کی ماؤفیت ظاہر ہوتی ہے :- نمایاں گرد قرنی اثر (circumcorneal injection) ہدبی خطے میں الیمیت، اوپر کے پوٹے کا ورم، مائیک (aqueous) کا تکرر (گدلا پن) (کبھی کبھی کوشکی ریم : hypopyon) یا دروں چشمی زف : (hyphaemia) خزانہ مقدم کی گہرائی میں زیادتی، قزحیہ کی پھلی سطح پر مطروحات (deposits) تناؤ غیر طبعی (زیادہ یا کم) اور بصارت میں بہت کمی (زجاجی عتامات : vitreous opacities) اور حدقی فضا میں مطروحات یعنی جماؤ کی وجہ سے۔

انذار (Prognosis) (پیش اندازہ) - یہ علامات کی شدت اور مرض کی عام صحت کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ خطرناک ہوتا ہے۔ اگرچہ بہت سے مریضوں میں اس مرض کا مرمقا بلتہ خفیف ہو کر ممکن ہے کہ آنکھ بلا زیادہ مضرت پہنچے صحت یاب ہو جائے، تاہم شدید



حلہ کا انجام نابینائی اور ذبول کرہ چشم ہو سکتا ہے۔

علاج التهاب قزحیہ (iritis) کے علاج سے مماثل ہے۔

## ۲۔ مزمن التهاب قزحیہ و جسم ہدبی یا التهاب عنبیه

(CHRONIC IRIDOCYCLITIS OR UVEITIS)

مزمن التهاب قزحیہ و جسم ہدبی یا التهاب عنبیه پورے عنبیتی خطے

(uveal tract) [یعنی قزحیہ (iris) جسم ہدبی (ciliary body)

اور شبیمہ (choroid)] کا التهاب ہے، جو نوعمر بالغوں میں خاص طور پر

واقع ہوتا ہے اپنے مرض میں مزمن ہوتا ہے، نکس (relapse) کا رجحان رکھتا ہے

اور اکثر اوقات دونوں آنکھوں کو ماؤف کرتا ہے، گو ممکن ہے کہ کبھی صرف

ایک آنکھ ہی ماؤف ہو، التهاب کی شدت مختلف ہوتی ہے اور اس لحاظ سے

یہ مرض دو قسموں میں تقسیم کیا گیا ہے: (الف) خفیف اور (ب) شدید۔

189

بحث اسباب - بعض بنیئی اسراف (constitutional

diseases: آتشک، سوزاک، تدرن (tuberculosis) 'انفلونزا'

حاد ساری امراض (acute infective diseases) 'مزمن وجع المفاصل

(روما ترم)، 'نقرس (gout)، تشوہی التهاب مفصل (arthritis

deformans) 'اور ذیابیطس - معدی معائی خطے سے تسم ذاتی

(intoxication) - اکثر جراثیمی مبداء کے سمیات کے اثر سے (ماسکی

سرایتیں: focal infections) جن کا ماخذ مسوڑھے اور دانت

(بخیج: pyorrhoea، گرد راسی پھوڑا: periapical abscess) یا

لوزین (tonsils) 'ناک، اضافی انفی جوف (nasal accessory



(sinuses) تناسلی بولی نقطہ (genito-urinary tract) یا جلد (رُقل : furuncle) ہوں۔ یا ساری عامل کردہ چشم کے حمید نے والے (ثاقب) زخموں سے پیدا ہو سکتا ہے، ان میں عملیات (operations) بھی شامل ہیں، مثلاً موتیا بند نکالنے کا عملیہ (cataract extraction)۔

**امراضیات**۔ اُن امراضیاتی تغیرات کے علاوہ جو التهاب قزحیہ (iritis) کے عنوان کے تحت بیان کئے جا چکے ہیں (صفحہ 178) [جن کا التهاب قزحیہ و جسم ہدبی (iridocyclitis) پر اور التهاب عنیبیہ (uveitis) کی خفیف قسم پر عملاً اطلاق ہوتا ہے]، شدید قسم میں حسب ذیل اضافات پائے جاتے ہیں، زوائد ہدبیہ (ciliary processes) خزانہ مقدم و مؤخر اور زجاجیہ (vitreous) میں گول خلیوں اور فائبرین کی درریش۔ جسم ہدبی میں کاشحہ (exudate) تعصیب پذیر (organized) ہو کر اُس میں نئے عروق دمویہ اور دویرے (cysts) بن جاتے ہیں۔ خزانہ مؤخر میں کاشحہ تعصیب پذیر ہو کر مادہ ملونہ سے دررختہ ہو جاتا ہے۔ قزحیہ (iris) مذبول ہو جاتا ہے اور عدسہ میں نزول الماء (موتیا بند) ہو جاتا ہے۔ شبیمیہ (choroid) بہت ممتلی اور دررختہ ہو کر بالآخر انحطاط پذیر ہوتا ہے، اور اس عمل میں کبھی کبھی ہڈی یا کلسی رقبے (lime plaques) بن جاتے ہیں۔

**علامات**۔ (الف) خفیف قسم نہایت غیر محسوس طور پر شروع ہوتی ہے اور اگر کوئی ابتدائی علامات ہوتے ہیں تو وہ صرف خراش (irritation) کے ہوتے ہیں۔ مریض خاص طور پر بصارت کی کمی کی شکایت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ سیدر ہدبی (ciliary congestion) سے



خفیف درد، یعنی تعب (ocular fatigue) اور محدود نور ترسی ہو۔  
 مصل (serum) اور خلیات کا ارتشاح ہوتا ہے، جس میں کسی قدر  
 فائبرین (fibrin) کی آمیزش ہوتی ہے۔ یہ رشحہ (exudate) کسی قدر  
 علون (رنگ دار) ہوتا ہے، اور قزحیہ کی پچھلی سطح پر نقطوں کی صورت  
 میں مرسب (precipitated) ہو کر اس کے زیرین حصہ پر ایک مثلثی  
 رقبہ بنا دیتا ہے، جس کا راس (apex) اوپر ہوتا ہے (شکل ۱۵۸ صفحہ  
 ۱۲)۔ ”منقط التهاب قزحیہ“ (keratitis punctata) کی اصطلاح  
 اور نسبت کم عام طور پر ڈسیمیٹی التهاب (descemetitis) کی اصطلاح  
 جو اکثر اس حالت کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہیں، صحیح نہیں ہیں  
 یہ اصطلاحات ان مطروحات (deposits) کی امراضیات کے متعلق  
 دراصل ایک غلط تصور پر مبنی ہیں۔ ”k. p.“ کے مخفف حروف سے جن کو  
 اب تک اکثر ”keratitis punctata“ (منقط التهاب قزحیہ) کا  
 نمائندہ سمجھا جاتا رہا ہے دراصل ”keratic precipitates“ (قرنی  
 رسوبات) مراد لینی چاہئے۔ بعض اوقات متعدد نقطے باہم مل کر چھوٹے چھوٹے  
 تودے بنا دیتے ہیں، جن کو ان کے منظر کے لحاظ سے لحم شحمی، مطروحات  
 (mutton-fat deposits) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ خزانہ مقدم  
 معمول کی نسبت زیادہ گہرا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مائیہ (aqueous)  
 کسی قدر گدلا ہو۔ پتلی کسی قدر پھیلی ہوئی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ تناؤ پہلے  
 تو زیادہ اور ازاں بعد کم ہو، یا اس کی زیادتی اور کمی کا سلسلہ یکے بعد  
 دیگرے متبادلاً ہوتا رہے۔ ثانوی گلا کوما ایک اہم پیچیدگی ہے۔ زجاجیہ  
 (vitreous) میں متعدد باریک عتامات (opacities) موجود ہوتے



ہیں، اور ممکن ہے کہ زجاجیہ سیال ہو جائے مشیمیہ (choroid) بھی ماؤف ہو سکتا ہے۔

(ب) مثالی قسم - اس میں موضوعی علامات (subjective symptoms) خفیف قسموں کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن معروفی امارات (objective signs) نسبتاً بہت زیادہ نمایاں ہوتے ہیں۔ رشحہ (exudate) جس کی مقدار خاصی زیادہ ہوتی ہے، بیشتر تکوینی مادہ (plastic material) پر مشتمل ہوتا ہے۔ رشحہ کی نوعیت کے لحاظ سے اس قسم کو تکوینی التهاب قزحیہ و جسم ہدنی (plastic iridocyclitis) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے، تاکہ اس میں اور اس خفیف قسم میں جس میں رشحہ بیشتر مصلی (serous) ہوتا ہے (اور جس کو مصلی التهاب قزحیہ و جسم ہدنی: serous iridocyclitis کہتے ہیں) تفریق ہو جائے۔ تکوینی رشحہ (plastic exudate) خزانہ مقدم اور حدقی فضائیں، قزحیہ کے پیچھے، اور زجاجیہ (vitreous) میں پیدا ہو کر دبیز جھلیاں بنا دیتا ہے، اور بالآخر اس کے انقباض سے انفکاک شبکیہ (detachment of retina) واقع ہو جاتا ہے۔ قزحیہ مذبول (atrophied) ہو جاتا ہے۔ عدسہ کے تغذیہ میں خلل واقع ہوتا ہے اور اس کا نتیجہ ثانوی نزول الماء (secondary cataract) ہوتا ہے۔ مشیمیہ (choroid) اور شبکیہ (retina) مذبول ہو جاتے ہیں۔ آخر کار نابینا اور انحطاط یافتہ آنکھ کا ڈھیلا سکر جاتا ہے (ذبول کرہ چشم : atrophy of the eyeball)۔ ممکن ہے کہ اب آنکھ میں سکون ہو جائے یا ممکن ہے کہ وقتاً فوقتاً درد اور الیمیت (tenderness) کے حملے ہوتے



رہیں۔ پیچیدگیاں ثانوی گھلا کوما (جو بالکل عام ہے) اور التهاب صلبیہ (scleritis) میں۔

انذار (Prognosis) مرض کی قسم کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ ثانوی گھلا کوما پیدا ہو جانے کے امکان کی وجہ سے انداز ہمیشہ غیر یقینی ہوتا ہے۔ خفیف قسم کی بہت سی مثالوں میں مرض کا زور ایک طویل عمر کے بعد، نئکس (relapse) کے ساتھ یا بلا نئکس، کم ہو جاتا ہے اور آنکھ بظاہر پھر طبعی حالت میں ہو جاتی ہے، اور بصارت میں کوئی خلل نہیں واقع ہوتا یا بہت کم خلل ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ صرف چھوٹے قزحی انقباضات (iritic adhesions) یا زجاجی عتامات (vitreous opacities) ہوں۔ ایسا موافق نتیجہ اس وجہ سے ممکن ہے کہ رشحہ زیادہ تر مصلی ہوتا ہے، جس میں تکوینی مادہ بہت کم شامل ہوتا ہے یا بالکل ہوتا ہی نہیں، اور بایں وجہ اس میں جذب ہو جانے کی صلاحیت ہوتی ہے۔

شدید قسم میں انذار ہمیشہ خطرناک ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ابتدائی درجوں میں سرگرمی اور مستعدی کے ساتھ علاج کرنے سے کسی قدر کارآمد بصارت محفوظ رہ جائے، ورنہ اکثر تو یہی ہوتا ہے کہ تکوینی رشحہ کے جماؤ، تعضیہ (organization)، اور انقباض کی وجہ سے بصارت جاتی رہتی ہے۔

191

علاج وہی ہے جو التهاب قزحیہ (iritis) کا ہوتا ہے، لیکن راعیات علاج (indications) یہ ہیں کہ نسبت زیادہ مستعدی کے ساتھ مداخلت کی جائے۔ یہ بات خاص طور پر اہم ہے کہ سرایت کے ہر منبع کو امکانی کوشش کے ساتھ فی الفور دور کر دیا جائے۔ چنانچہ



سہرا بیت زودہ و انت یا مرضی لوزہ (diseased tonsil) کو نکال دینے یا اضافی جوفوں (accessory sinuses) میں جمع شدہ مواد کو خارج کر دینے، آنشک کے مریض میں سالورسان کے اور تدرنی (tuberculous) مریض میں ٹیوبرکیولین (tuberculin) کے اشراب، اور معالیٰ تسم ذاتی (intestinal auto-intoxications) کی حالت میں قولونی نطولات (colonic irrigations) سے اکثر یہ ہوتا ہے کہ مرض کی خفیف قسم شدید قسم میں تبدیل نہیں ہونے پاتی۔

مقامی علاج: آئروپین - گرم و تر فاداست (hot moist compresses) گرم تغیل (hot bathing) یا مسلسل خشک گرمی (continuous dry heat) ایک برقی گرماہ چشم (electric eye-warmer) کے ذریعہ، یا اگر یہ میسر نہ ہو تو برقی روشنی کے قلم (electric light bulb) کو نرم روئی کی گدی میں رکھ کر گھائیں طبعی محلول نمک (normal saline) یا دوسرے محلولات کے زیرِ تجمی اشرا بات (sub-conjunctival injections) اکثر استعمال کئے جاتے ہیں مگر یہ امر مشتبہ ہے کہ آیا یہ کوئی فائدہ بھی کرتے ہیں۔ ان مریضوں میں تناؤ کی زیادتی آئروپین کے استعمال کے لئے مانع (contraindication) نہیں ہے، بلکہ ممکن ہے کہ آئروپین تناؤ میں کمی پیدا کر دے۔ ممکن ہے کہ لیو و گلاؤکوسان (laevo-glauconan) جو پتلی کو پھیلاتا مگر تناؤ کو کم کرتا ہے، نہایت مفید ثابت ہو۔ تناؤ کی زیادتی کا تدارک خزانہ مقدم (anterior chamber) کے بزل (paracentesis) سے کرنا چاہئے، اور ممکن ہے کہ اس عمل کو کئی بار دہرانے کی ضرورت ہو آئروپین کا



ایک فیصد طاقت کا مرہم، نرم پیرافینی اساکس (soft paraffin basis) کے ساتھ بنا ہوا، برطانوی قرابادین (B. P.) کے اُس مرہم کی نسبت بہت کم خراش آور ہوتا ہے جو شحم خنزیر (lard) کے ساتھ تیار کیا جاتا ہے۔ عمیر العلاج حالتوں میں دو فیصدی کوکین (cocaine) شامل کر دینے سے ایڈروپن کا اثر زیادہ ہو جاتا ہے۔

استعراق (پسینہ آنا) (diaphoresis) نہایت مفید ہوتا ہے۔ بعض اوقات پارہ تریخ (inunction) کے ذریعہ یا براہِ دہن، غیر نوعی (nonspecific) حالتوں میں نفع بخش ہوتا ہے۔ آیوڈائڈز (iodides) اور بڑی مقداروں میں سیلی سیلیٹس (salicylates) بھی فائدہ مند ہوتے ہیں۔ ان اصابات میں خلاصہ درقی (thyroid extract) کے استعمال سے مفید نتائج حاصل ہونے کی اطلاعات بھی وصول ہوئی ہیں۔ اجنبی پروٹین (foreign protein) کا اثراب (مثلاً دتا، الکعب سمرا کا اثراب عضلاتِ الویہ؛ glutei کے اندر) مفید ہو سکتا ہے۔

اُن حالتوں میں جہاں ماسکی سرایت (focal infection) کا کوئی منبع دریافت ہو گیا ہو (مثلاً دانت یا لوزہ: tonsil) ساری مادہ سے ایک کاشت (culture) تیار کر کے پھر اُس کی جڈن (vaccine) بنائی جاسکتی ہے۔ اس کا امکان ہے کہ ان اصابات میں جڈریوں کا استعمال یا اس انگیز ثابت ہو، لیکن اگر دوسری تدبیروں سے جلد اصلاح نہ ہو تو کسی بھی علاج کو جس کے فائدہ مند ہونے کا امکان ہو نظر انداز نہیں کرنا چاہئے۔

جب آنکھ بالکل سکون کی حالت میں ہو جائے تو بشرطیکہ آنکھ



قطعاً بیکار نہ ہو گئی ہو) بصری وجوہات کی بنا پر یا خزانہ مقدم اور خزانہ مؤخر کے درمیان رابطہ بحال کرنے کے لئے تاکہ بالآخر گلا کو مانہ پیدا ہونے پائے، قزحیہ برآری (iridectomy) کا عملیہ داعیہ علاج ہو سکتا ہے۔

### ۳۔ ریمی التهاب قزحیہ و جسم ہدبی (ریمی التهاب عنیبیہ)

(PURULENT IRIDOCYCLITIS) (PURULENT UVEITIS)

ریمی التهاب قزحیہ و جسم ہدبی (ریمی التهاب عنیبیہ) کا بیان صفحہ 198 پر ریمی التهاب شیمیہ (Purulent Choroiditis) کے تحت اور صفحہ 205 پر التهاب کل العین (Panophthalmitis) کے تحت درج ہے۔

### ۴۔ مشار کی التهاب قزحیہ و جسم ہدبی (مشار کی التهاب عنیبیہ)

(SYMPATHETIC IRIDOCYCLITIS) (SYMPATHETIC UVEITIS)

مشار کی التهاب قزحیہ و جسم ہدبی (مشار کی التهاب عنیبیہ) کا بیان صفحہ 201 پر مشار کی (Sympathetic Ophthalmitis) کے تحت درج کیا گیا ہے۔

### تضررات جسم ہدبی

(INJURIES OF THE CILIARY BODY)

خطہ ہدبی (ciliary region) کا نمائندہ وہ گرد قرنیہ حلقہ



(pericorneal ring) ہے جو ۶ ملی میٹر چوڑا ہوتا ہے۔ یہ خطہ خطرناک  
منطقہ ('dangerous zone') کے نام سے موسوم ہے۔ اس کی  
وجہ یہ ہے کہ اس مقام کے شاقب زخم (penetrating wounds)  
تکوینی التهاب عنبیہ (plastic uveitis) پیدا کر دینے کا امکان رکھتے  
ہیں، جس کے بعد ردِ مشار کی (sympathetic ophthalmitis)  
پیدا ہو سکتا ہے۔ وسیع ہدی زخموں (ciliary wounds) کو کامل طور پر  
صاف کرنے کے بعد، صلبیہ (sclera) کی اوپری تہوں میں سے یا ملتحمہ  
میں سے ایک یا زائد ٹانکے لگا کر بند کر دیا جاتا ہے۔ ایسے زخموں کو اکثر  
ایک ملتحمی دامن (conjunctival flap) کے ذریعہ ڈھانک دیا جاتا  
ہے۔ قزحیہ کے بروز یافتہ حصے (prolapse of the iris) کو کاٹ  
ڈالنا چاہئے لیکن بروز یافتہ جسم ہدی کو نہیں نکالنا چاہئے۔ کرہ چشم  
میں جسم غریب (foreign body) کی موجودگی کے امکان کو خارج کر دینا  
چاہئے، لیکن اس امر کے متعلق الطیئان کر لینا چاہئے کہ کرہ میں کوئی جسم غریب  
موجود نہیں ہے۔ پھر ایک پٹی باندھ دینی چاہئے۔ اگر زخم بہت وسیع ہے  
اور بصارت باقی نہیں ہے تو علیہ التقاف (enucleation) داعیہ علاج  
ہے۔ علاج کے متعلق مزید تفصیلات تقرراتِ صلبیہ (Injuries of  
the Sclera) (صفحہ 170) اور ردِ مشار کی (Sympathetic  
Ophthalmitis) کے پیراگرافوں میں درج ہیں۔



# باب سیزدہم

## امراض مشیمیہ

(DISEASES OF THE CHOROID)

تشریح و فعلیات مشیمیہ (choroid) ایک گہرے بھورے رنگ کی جھلی ہے جو صلبیہ (sclera) اور شبکیہ (retina) کے درمیان واقع ہے اور حاشیہ مستن (ora serrata) سے لیکر عصب بصری (optic nerve) کے روزن تک پھیلتی ہے۔ وہ بیشتر عروق دموئیہ پر مشتمل ہوتی ہے، جو نازک اتصالی بافت کے ذریعہ جڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ اس اتصالی بافت میں متعدد رنگدار خلیے موجود ہوتے ہیں۔ یہ عروق اپنے قطریہ (calibre) کے لحاظ سے تین تہ برتہ تہوں میں مرتب ہوتے ہیں۔

یہ عروق ساخت ہر جانب سے ایک غیر عروقی جھلی سے محدود ہوتی ہے اس لحاظ سے مشیمیہ (choroid) کو پانچ تہوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے: (۱) خارجاً فوق المشیمیہ، یعنی بالائی مشیمیہ (suprachoroid) جو ڈھیلی اتصالی بافتوں کے ذریعہ صلبیہ (sclera) سے جڑا ہوا ہوتا ہے۔ (۲) بڑے عروق کی تہ۔ ان کے درمیان کی فضا میں اتصالی بافت (connective tissue) اور خلیوں سے



بھری ہوئی ہوتی ہیں۔ شریانیں، صغیر ہڈی (short ciliary) شریانیں ہیں، اور  
 وریڈیں پیچ در پیچ صورت میں مرتب ہوتی ہیں (عروق وواہ: vasa vorticiosa)  
 جن کے مستدق ہو جانے سے چار یا پانچ خاص تنے بن جاتے ہیں، اور یہ تنے کمرہ چشم  
 کے خط استوا (equator) کے پیچھے صلبیہ (sclera) کو چھیرتے ہیں۔ (۳)  
 اوسط جسامت کے عروق کی تہ۔ (۴) عروق شعریہ (مشیمی شعریہ: chorio-  
 capillaris)۔ (۵) زجاجی ورقہ (lamina vitrea) یا غشا کے بڑے ٹکڑے  
 (membrane of Bruch) یہ ایک بے ساخت (structureless) شفا  
 جھلی ہے، جو شبکیہ کی لونی تہ سے متصل واقع ہے۔  
 مشیمیہ کا خاص فعل یہ ہے کہ وہ شبکیہ (retina) زجاجی (vitreous)  
 اور عدسہ (lens) کے لئے ایک آلہ تغذیہ کا کام انجام دیتا ہے۔ وہ کمرہ چشم کے  
 اندرونی حصہ پر ایک گہرے (سیاہ) رنگ کا استر بناتا ہے۔

مشیمیہ کے التهابات (التهاب مشیمیہ: choroiditis)۔

یہ (۱) رشی (exudative) یا غیر رشی (non-purulent) اور (۲)  
 رشی (purulent) ہو سکتے ہیں۔

تفقی (suppurative) قسم میں پورا مشیمیہ اور ساتھ ہی باقی ماندہ  
 عنبیتی خطہ (uveal tract) ماؤف جاتا ہے مگر رشی (exudative)  
 قسم میں ماؤفیت مشیمیہ کے بعض حصوں تک محدود رہتی ہے۔ اسی بنا پر  
 اس مرض کی جماعت بندی ماؤف رقبوں کے محل وقوع کے لحاظ سے  
 مختلف سریری اقسام میں کی گئی ہے۔

رشی التهاب مشیمیہ (Exudative Choroiditis) اکثر









شكل ١٦٤ — منتشر التهاب مشيمية (Diffuse choroiditis)



شكل ١٦٨ — منتشر التهاب مشيمية (Disseminated choroiditis)

مقابل صفحة ٣٨١



واقع ہوتا ہے اور ہر عمر میں دیکھا گیا ہے۔ یہ اپنے عمر میں عموماً مزمن ہوتا ہے۔ اس کی بیشتر مثالوں میں شیمیہ اور شبکیہ (retina) دونوں مبتلائے مرض ہوتے ہیں۔ ایسی صورت میں مرض درحقیقت شیمیہ شکیبہتی التهاب سبب (choroido-retinitis) یا شکیبہتی شیمیہ التهاب (retino-choroiditis) ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرض عنبہ (uvea) کے اگلے حصہ تک پھیلا کر قزحیہ شیمیہتی التهاب (irido-choroiditis) کی حالت پیدا کر دے اگرچہ مرض کے اصطلاحی نام سے التهاب ظاہر ہوتا ہے، مگر رشی التهاب شیمیہ (exudative choroiditis) دراصل ایک انحطاطی عمل (degenerative process) ہے نہ کہ التهاب۔

اقسام۔ رشی التهاب شیمیہ (exudative choroiditis)

(صفحات ۱۲-۱۴-۱۵) مندرجہ ذیل اقسام کا ہوتا ہے:- (۱) منتشر (diffuse) (۲) منتشر (disseminated) (۳) محاط (circumscribed) (۴) مقدم (anterior) (۵) مرکزی (central) (۶) نزدیکی (juxtapapillary) (۷) آتشکی (syphilitic) اور (۸) قصر البصری (myopic)۔ ان مختلف اقسام کے امتیازی نعنائیں درج کرنے سے پہلے رشی التهاب شیمیہ کا ایک عام بیان پیش کر دینا مفید ہوگا۔

موضوعی علامات (Subjective Symptoms)۔ بصر

میں اختلالات ہوتے ہیں، تیزی نظر میں کمی ہو کر ساتھ ہی دھبے (ترمسے) نظر آتے ہیں اور اشیاء کی شکل توڑی مڑی اور بگڑی ہوئی (مسخ شدہ) دکھائی دیتی ہے (مسخ البصر: metamorphosia)۔ آخر الذکر علامت



دو قسموں میں تقسیم کی جاسکتی ہے: خرد نظری (micropsia) جس میں اشیاء حد سے زائد چھوٹی دکھائی دیتی ہیں، اور کلاں نظری (macropsia) جس میں اشیاء حد سے زیادہ بڑی دکھائی دیتی ہیں۔ اکثر روشنی کے چمکار، چنگاریاں یا چمکدار دائرے (حلقے) آنکھوں کے سامنے معلوم ہوتے ہیں۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ میدان بصریت میں نقائص پیدا ہو جائیں، اور ٹلمے (scotomata) اور محیطی بصریت کی تنگی (peripheral

contraction) دونوں موجود ہوں۔ اگر

یہ نقائص محیط کی طرف واقع ہوں تو ممکن ہے کہ

محسوس نہوں، لیکن اگر ان کا محل وقوع

مرکز (وسط) میں ہے تو مریش ان کو بہت

زیادہ محسوس کرے گا۔ درد نہیں ہوتا۔



معروضی علامات (Objective)

Symptoms - کوئی بیرونی امارت

(sign) نہیں ہوتی، مگر چشم بین

(ophthalmoscope) نہایت واضح

تصویر پیش کرتی ہے۔ تھوینی مادہ (plastic

material) کے رشحہ (exudation)

شکل ۱۶۶ - منتشر التہاب شیمیہ

میں محیطی ٹلمے (Peripheral

Scotomata in Disseminated Choroiditis)

کی چمکتیاں موجود ہوتی ہیں، جو جسامت اور محل وقوع میں مختلف ہوتی ہیں۔

شروع شروع میں یہ رقبے زردی مائل یا زردی مائل سفید رنگ کے ہوتے

ہیں اور ان کے حاشیے غیر واضح ہوتے ہیں۔ شبکیہ کے عروق دمویہ اوپر

اٹھے ہوئے اور ان چمکتیوں کے اوپر سے گزرتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔



نہایت خفیف اصابات میں ممکن ہے کہ رشحات (exudates) جذب ہو جائیں اور مشیمیہ میں ایسا کوئی تغیر باقی نہ رہے جو نظر آسکے لیکن عموماً چند ہفتوں یا مہینوں کے بعد رشحہ تعضیہ پذیر (organized) ہو جاتا ہے اور مشیمیہ اور شبکیہ مذبول (atrophied) ہو کر ایک دوسرے سے چپک جاتے ہیں جس سے مختلف شکلوں اور جسامتوں کے ذبولی رقبے (atrophic areas) پیدا ہو جاتے ہیں۔ فائبرن کے مطروحات (جماؤ) کی وجہ سے اور پتلے پڑے ہوئے یا غیر موجود مشیمیہ (choroid) کے اندر سے صلبیہ (sclera) کے نظر آنے کے باعث، یہ رقبے سفیدی مائل رنگ کے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ چمکتیاں اکثر اوقات مرنی مشیمیہ عروق (choroidal vessels) پیش کرتی ہیں اور عموماً ان میں کم و بیش سیاہ مادہ طونہ کے نشان ہوتے ہیں، بالخصوص ان کے حاشیوں کے قریب۔ اکثر اوقات زجاجیہ بھی ماؤ ہو جاتا ہے، اور پھر اس واسطہ (medium) کے اندر عتاست (opacities) پیدا ہو جاتے ہیں۔ اکثر شبکیہ بھی متذکرہ بالا چمکتیوں کے مقابلہ میں مذبول (atrophied) ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ قرص بصری (optic disc) بھی ان تغیرات میں حصہ لے اور ایک زردی مائل سفید میلارنگ پیش کرے۔ یہ وہ حالت ہے جسے اکثر مشیمیہ ذبول، ('choroidal atrophy') کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔

بیحد گہریاں۔ مذکورہ بالا بیان سے واضح ہو گا کہ متصلہ ساختیں:

قرصیہ (iris)، شبکیہ (retina)، زجاجیہ (vitreous) اور صلبیہ (sclera) اکثر لپیٹ میں آکر متلائے مرض ہو جاتی ہیں۔ التهاب مشیمیہ (choroiditis) سے اکثر مؤخر قطبی نزول الماء (posterior polar



(cataract) بھی پیدا ہو سکتا ہے۔

بحث اسباب - اکثر کوئی بنیادی مرض (constitutional

disease) خاص کر اکتسابی اور موروثی آتشک، لیکن نقص الدم

(anæmia) خنازیر (scrofula) اور تدرن (tuberculosis)

بھی۔ اس کی بہت سی مثالیں قصر البصر (myopia) میں پائی جاتی ہیں۔

اس کا انحصار اس معین سمایت (septic infection) پر ہو سکتا ہے

جو دانتوں، دہن اور ناک کے کہفوں سے حاصل ہو، یا معائی ذاتی تسمم

(intestinal auto-intoxication) پر انحصار ہوتا ہے۔ بہت سے

اصابات کو، جن میں ابتدائی سبب مرض مبہم یا نامعلوم ہو، ذاتی یا خوردرو

(idiopathic) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔

امراضیات - ابتدائی درجوں میں مشیمہ کے ماؤف حصے اور

برآفادہ (overlying) شبکیہ میں امتلا (congestion) ہو کر لف

کی درریش ہوتی ہے۔ اس سے اُن نرم اور روئیں دار رقبوں (fluffy

areas) کی، جو چشم بین سے نظر آتے ہیں، توضیح ہوتی ہے۔ کچھ عرصہ بعد

سفید خلیوں (leucocytes) اور فائبرین کی وجہ سے رشحہ میں زیادتی ہو جاتی

ہے، غٹائے بروک کو توڑ کر سفید خلیے شبکیہ (retina) اور زجاجیہ

(vitreous) میں گھس آتے ہیں، اور اس طرح زجاجیہ میں عتبات

(opacities) پیدا ہو جاتے ہیں۔ رشحاست (exudates) متعصے

(organized) ہو جاتے ہیں اور لینی بافت (fibrous tissue) بنتی

ہے، جو مشیمہ اور شبکیہ کو تلف کر کے ماؤف قبوں میں بول (atrophy)

اور ان دو تہوں کے درمیان انضمام (adhesion) پیدا کر دیتی ہے شبکیہ کا



مادہ ملوٹنہ تکاثر پا کر حاشیوں کے قریب اور نسبتہ کمی کے ساتھ ذبولی رقبوں کے اندر جمع ہو جاتا ہے۔

انذار (Prognosis) کا انحصار ارتشاح (exudation) کی چکیتوں کے محل وقوع پر، اور ان کے بعد ذبول پر ہوتا ہے۔ اگر ایک منفرد چکیتی لٹخنی خطے (macular region) کو ماؤف کر دے تو اس سے بصارت میں بڑی خرابی پیدا ہو جائے گی۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ مرضی عمل قعر چشم کے معتدبہ حصے پر پھیل جائے اور پھر بھی بصارت اچھی رہے لیکن ایسا اسی وقت ہوتا ہے جبکہ لٹخنی (macula) غیر ماؤف رہے۔

196

علاج - تسبیبی عامل کا ازالہ۔ آتشکی مریضوں میں آیوڈائیڈز (iodides) اور مریویری (پارہ) کا استعمال۔ اکثر غیر آتشکی مریضوں میں بھی پارہ کی قمریجات (inunctions) سے کامیابی ہوتی ہے۔ مناسب مریضوں میں ٹیوبرکولین (tuberculin) کا استعمال عام صحت کی طرف توجہ۔ استعراق (diaphoresis) اکثر مفید ہوتا ہے۔ آنکھوں کو آرام دینا، دھینیلی عنیک (smoked glasses) استعمال کر کے تیز روشنی سے بچنا، بعض اوقات تاریک حجروں میں نکلین محلول کے زیر طعنی اثرا بات (sub-conjunctival injections) اکثر مفید ہوتے ہیں۔

منتشر التهاب شبیمیه (Diffuse Choroiditis) (شکل ۱۶۴، صفحہ ۱۳)۔ اس قسم میں ارتشاح کی چکیتیاں بڑی جسامت کی ہوتی ہیں۔ ازاں بعد ذبولی دھبوں کے تضام (آپس میں مل جانے) سے ایک بڑا سفید رنگ کا یا زردی مائل سفید رنگ کا رقبہ پیدا ہو جاتا ہے، جو کم و بیش ملوٹن (رنگدار) ہوتا ہے اور جس میں چند شبیمیتی عروق



نظر آتے ہیں۔

### منتشر التهاب شبیمیہ (Disseminated Choroiditis)

(شکل ۶۸ صفحہ ۱۳)۔ اس میں قعر چشم پر متعدد گول اور بے ترتیب دھبے پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ قعر چشم ان سے بالکل پٹا ہوا ہو، لیکن پھر بھی اگر لٹینی خطہ (macular region) بچا ہوا ہے تو بصارت اچھی رہتی ہے۔ التهاب شبیمیہ کی یہ قسم بہت مزمن ممر رکھتی ہے۔ طویل زمانہ تک موجود رہنے کے بعد ممکن ہے کہ اس پر شبکیہ (retina) اور عصب بصری (optic nerve) کا ذبول متزاہد ہو جائے۔

### مقدم التهاب شبیمیہ (Anterior Choroiditis)۔ اس

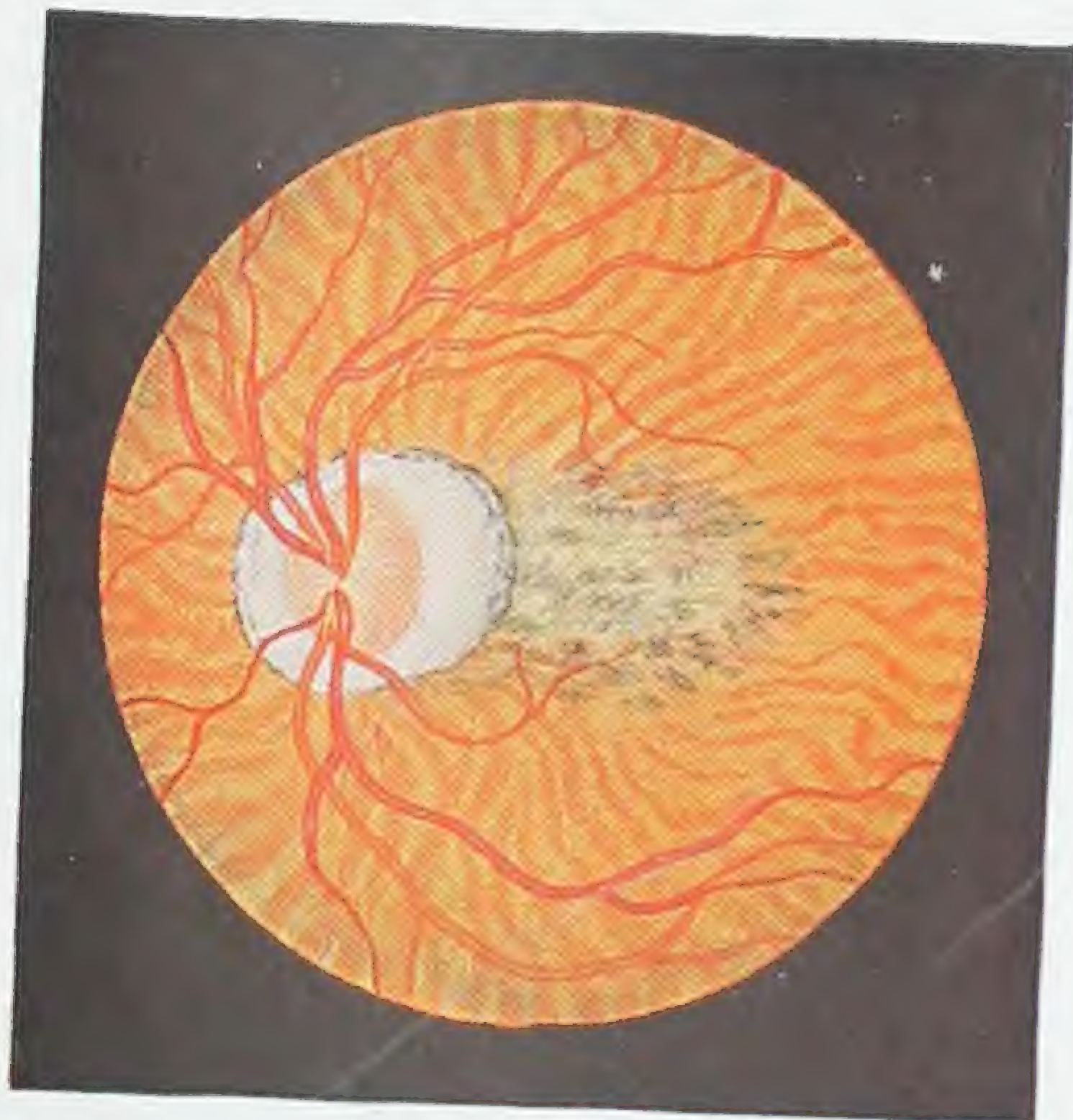
میں ارتشاح کے ماسکے (foci) ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ منتشر التهاب شبیمیہ (disseminated choroiditis) میں، مگر بایں فرق کہ یہ ماسکے قعر چشم کے محیط میں محدود ہوتے ہیں۔ اس قسم کا التهاب عموماً آتشک کے باعث ہوتا ہے اور اکثر خشکی التهاب قرنیہ (interstitial keratitis) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ قاعدہ ہے کہ اس کی تشخیص صرف مؤخر درجہ میں ہوتی ہے جبکہ رشحات (exudates) ملوں حاشیہ دار سفید دھبوں میں تبدیل ہو چکے ہیں، اور یہ تشخیص بھی عموماً ایسے چشم بینی مہتمم (ophthalmoscopic examination) کے دوران میں ہوتی ہے جو دیگر وجوہ کی بناء پر کیا گیا ہو۔ اس قسم کا التهاب شبیمیہ بعض اوقات شدید درجہ کے قصر البصر (high myopia) کے ساتھ ہوا کرتا ہے۔ بصارت غیر متاثر رہتی ہے۔

طبعی قعری لونیت (normal fundus pigmentation) کا محیط میں بہت مبالغہ (زیادتی) کے ساتھ ہونا طبعی آنکھوں میں بھی کوئی









شکل ۱۶۹ — تصویر البصر آنکجه کا قعر (Fundus of myopic eye)



شکل ۱۷۰ — مرکزی التهاب مشیمیہ (Central choroiditis)



انوکھی بات نہیں۔ اکثر ایسی زیادتی معمر اشخاص میں ایک شیونخی تغیر (senile change) کے طور پر پائی جاتی ہے۔

### مرکزی التهاب شیمیہ (Central Choroiditis) کی اصطلاح

اس قسم کے لئے ہے جس میں مختلف النوع ذبولی اور انحطاطی تغیرات کا محل وقوع لٹینی خطہ (macular region) ہوتا ہے۔ اگرچہ مرض کا نام صحیح نہیں، کیونکہ جو تغیرات واقع ہوتے ہیں وہ دراصل التهابی نہیں ہوتے، تاہم یہ نام سہولت بخش ہے اور عام طور پر متعل بھی ہے۔ اس میں چشم بن سے نظر آنے والے مناظر بہت مختلف ہوتے ہیں؛ واضح مشیمی ذبول کی ایک چھوٹی چمکتی سے لیکر جس میں لونی دھبے ہوتے ہیں (جیسا کہ شکل ۱۷۱، صفحہ ۴۱ میں دکھلایا گیا ہے) ذبول کے ایک نسبتاً بہت کم واضح رقبہ جس میں متعدد چھوٹے چھوٹے لونی دھبے شبکیہ میں لٹنہ (macula) کے آس پاس سطح سے قریب واقع ہوتے ہیں۔ اس سے جو مرکزی ظلمہ (central scotoma) پیدا ہو جاتا ہے اس کی وجہ سے مرکزی بصری نمایاں طور پر کم ہو جاتی ہے یا جاتی رہتی ہے۔ ایسے تغیرات اکثر شدید درجہ کے قصر البصر (high myopia) 'آتشک اور بڑھاپے میں واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات پہلے زف (haemorrhage) ہوتا ہے، لیکن زیادہ اکثر کوئی زف نہیں ہوتا۔ جب یہ انحطاط ایک بوڑھے مریض میں ہوتا ہے تو اسے شیونخی مرکزی التهاب شیمیہ (senile central choroiditis) کہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایسے مریضوں میں اس کے ساتھ ساتھ مشیمی عروق کی شریانی صلابت (arterio-sclerosis) بھی موجود ہو۔ مرکزی التهاب شیمیہ عموماً دو جانبی ہوتا ہے، اور دوسری آنکھ بھی ایک مختلف



وقفے کے بعد ماؤف ہو جاتی ہے۔ ایسا کوئی علاج نہیں ہے جس سے کچھ فائدہ پہنچے۔

لٹخ، خیلے (macular region) اور اُس سے بالکل ملے ہوئے گردا گرد کے رقبہ کا کثیر التعداد گول گول زردی مائل رنگ کے دھبوں سے منقط پایا جانا، اور ساتھ ہی ان دھبوں کے درمیان کم و بیش کوئی مادہ کی نقطہ کاری (stippling) کا ملنا کوئی غیر معمولی بات نہیں۔ یہ دھبے غٹائے بروک (membrane of Bruch) کے زجاجی فضولات (hyaline excrescences) ہیں جو کولائیڈی اجسام (colloid bodies) کے نام سے موسوم ہیں۔ یہ دونوں آنکھوں میں پائے جاتے ہیں، اکثر سن رسیدہ اشخاص میں ہوتے ہیں، اور بصارت کو متاثر نہیں کرتے۔

### تشکیلی التهاب شبکیہ - Syphilitic Choroido-Retinitis

یہ نام شبکیہ کے اُس منتشر التهاب کو دیا گیا ہے، جو التهاب شبکیہ (retinitis) اور زجاجیہ (vitreous) کے تغیرات کے ساتھ پایا جاتا ہے اور آتشک کے دوسرے درجہ میں واقع ہوتا ہے۔ ابتداً شبکیہ (retina) میں منتشر تکثر (دھندلا پن)، شبکیہ (choroid) میں بالخصوص لٹخ کے خیلے میں متعدد ارتشاحات (exudations) اور زجاجیہ میں باریک گرد نما عکاسات (opacities) ہوتے ہیں۔ ازان بعد شبکیہ میں تکثر کی بجائے ذبول (atrophy) ہو جاتا ہے، شبکیہ میں ذبولی جھکیاں، رنگ کے دھبے، اور زجاجیہ میں عکاسات پائے جاتے ہیں (شکل ۱۷۱، صفحہ ۱۵)۔





شکل ۱۷۱—آتشی التهاب شبکیہ و مشیمیہ (Syphilitic Retino-choroiditis) جسکے ساتھ زجاجیہ کی گرد نما عتمیت (Dust-like opacity) موجود ہے۔



شکل ۱۷۲—عنبہ مؤخر (Posterior staphyloma)







قصر البصر کا التهاب شیمیہ (Choroiditis of Myopia)

عذیبہ مؤخر (Posterior Staphyloma) یا التهاب صلبیہ و مشیمیہ مؤخر (Sclero-Choroiditis Posterior) - قریب النظر آنکھوں (near-sighted eyes) کا قصر، بالخصوص جبکہ ان میں قصر البصر (مایوپیا) شدید درجہ کا ہو، اکثر ممیز تغیرات پیش کرتا ہے (شکل ۱۶۹، صفحہ ۱۴، اور شکل ۱۷۲، صفحہ ۱۵)۔ اکثر ایک سفیدی مائل ذبولی ہلالی رقبہ قرص (disc) کے صدغی کنارے کو گھیرے ہوئے ہوتا ہے۔ اسے قصر البصری ہلال (myopic crescent) کہتے ہیں (شکل ۱۶۹، صفحہ ۱۴)۔ لیکن ہے کہ یہ پھیلکر اوپر اور نیچے کے حاشیوں کو بھی شامل کر لے، یا پورے قرص کو گھیر لے۔ بعض اوقات اسے ”مخروط“ (‘conus’) کہتے ہیں لیکن اس آخر الذکر اصطلاح کو اسی شکل کی ایک پیدائشی خلاف قاعدگی (congenital anomaly) کے لئے محفوظ رکھنا مناسب سمجھا گیا ہے جو حکیمہ (papilla) کی نیچے کی کور پر واقع ہوتی ہے اور اکثر و بیشتر مبہم ماسکی (astigmatic) آنکھوں میں پائی جاتی ہے، اور جو عصب بصری کے سر اور شیمیہی روزن (choroidal aperture) کے درمیان ایکسا فصل کی موجودگی کی وجہ سے ہوتی ہے۔

198

شدید قصر البصر (high myopia) میں گڑبڑ چشم کے تطویل (لمبا ہو جانے) کی وجہ سے صلبیہ (sclera) اس کے پچھلے قطب پر ابھرتا ہے، جس کا نتیجہ نقص انعطاف (error of refraction) کے علاوہ یہ ہوتا ہے کہ اس مقام پر شیمیہ اور شبکیہ میں ذبولی تغیرات رونما ہوتے ہیں۔ اس تمدد (ectasia) کو عذیبہ مؤخر (posterior



(staphyloma) کہتے ہیں (شکل ۱۷۲، صفحہ ۱۵)۔ قصر البصری ہلال (posterior staphyloma) اور غنبہ مؤخر (myopic crescent) کی اصطلاحات مرادف نہیں ہیں۔

جب قصر البصری ہلال یا حلقہ نما چلتی ایک خوب واضح الحدود و حاشیہ کے ذریعہ جو اکثر ملون (pigmented) ہوتا ہے، تندرست مشیمیہ سے جدا ہو تو یہ اس بات کی علامت ہے کہ اب مرضی عمل سکون کی حالت میں آکر رک گیا ہے۔ لیکن جب یہ کنار (حاشیہ) غیر واضح اور مبہم سا ہو تو اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ مرضی تغیرات بڑھ رہے ہیں (مترقی قصر البصر: progressive myopia)۔ اس چیز کا علم نہایت اہمیت رکھتا ہے کیونکہ اس کی بنا پر عینی صحتیات (ocular hygiene) اور عمومی صحتیات (general hygiene) کی طرف توجہ کی ضرورت پر زور دیا جاسکتا ہے۔ ہمیشہ تو نہیں لیکن اکثر ہلال کی جسامت قصر البصر (myopia) کے درجہ کے متناسب ہوتی ہے۔ شدید درجہ کے قصر البصر میں اکثر مشیمیہ کا کم و بیش سطحی ذبول دیکھنے میں آتا ہے، جس کی وجہ سے مشیمیہ کے زیادہ بڑے عروق صاف طور پر نظر آنے لگتے ہیں۔ لٹنی خطے میں التهاب مشیمیہ (choroiditis) کے علاوہ، ممکن ہے کہ قعر چشم کے دوسرے حصوں میں بھی مشیمیہ ذبول (choroidal atrophy) کی چلتیاں موجود ہوں۔ یہ چلتیاں اکثر غنبہ مؤخر (posterior staphyloma) کے ساتھ مل کر اس طرح ایک جان ہو جاتی ہیں کہ ایک وسیع سفید رقبہ دکھائی دیتا ہے جس میں کم یا زیادہ لونی ماڑے کی چلتیاں یا حاشیہ موجود ہوتا ہے۔ لٹنی خطے کے ابتدائی تغیرات باریک کیروں یا شقاقات (fissures)



کی صورت میں ظاہر ہو سکتے ہیں۔ شدید درجہ کے قصر البصر (مایوپیا) میں نزف (haemorrhages) ہو سکتے ہیں، بالخصوص لٹنی خطے میں، اور زجاجیہ کی سیالی (رقت) اور عتامات (opacities) بھی پائے جاتے ہیں۔

علاج یہ ہے کہ نزدیک سے دیکھنے کے کاموں (near work) سے احتراز کیا جائے، آنکھوں کو آرام دیا جائے، ڈھیلے عینک (smoked glasses) استعمال کی جائے، بیرون خانہ زندگی (مفاہیت) اختیار کی جائے، اور عام صحت کی طرف توجہ کی جائے۔ مہترقی درجہ (progressive stage) کے دوران میں وہی علاج اختیار کرنا چاہئے جس کی سفارش التهاب شیمیہ (choroiditis) کے لئے عمومی حیثیت سے کی گئی ہے۔

## ریمی التهاب شیمیہ

(PURULENT CHOROIDITIS)

اس مرض میں شیمیہ (choroid) جسم ہدنی (ciliary body) اور قرصیہ (iris) ایک ریمی التهاب میں مبتلا ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کرہ چشم تلف و برباد ہو جاتا ہے۔ بیشتر اصابات میں کرہ چشم کی تمام ساختیں ماؤف ہو جاتی ہیں، جس کا نتیجہ التهاب محل لعین (panophthalmitis) ہوتا ہے (صفحہ 205)۔ شاذ صورتوں میں یہ التهاب شیمیہ ہی تک محدود رہتا ہے (تقیقی التهاب شیمیہ suppurative choroiditis) اور اس کے ریمی شحم (purulent exudate) سے زجاجیہ میں پھوڑا بن جاتا ہے، جس میں التهاب کے کوئی بیرونی شواہد تو



موجود نہیں ہوتے مگر بصارت جاتی رہتی ہے۔

علامات جو التهاب قزحیہ و جسم ہدنی (irido-cyclitis) کے متعلق پہلے درج ہو چکے ہیں، وہی مادہ اور شدید صورت میں پائے جاتے ہیں۔ درد شدید، ملتحمہ کا امتلا (congestion) نمایاں اور اس کے ساتھ تہیج (chemosis) اور پوٹول کا ورم۔ قرنہ ابرالود (مکدر) ہوتا ہے اور مائیک (aqueous) اور زجاجیہ (vitreous) میں پیچیدہ دار ہو جاتی ہے، جس کی وجہ سے قعر چشم کی تفصیلات نظر نہیں آ سکتیں۔ بصارت جلد ہی جاتی رہتی ہے بنیٰ اختلال (constitutional disturbance) عموماً بہت زیادہ ہوتا ہے۔

اُن اصابات میں جن میں یہ مرضی عمل محدود رہتا ہے، حادثات میں تخفیف ہو جانے کے بعد ایک نابینا، انحطاط یافتہ، اور مذبول کمرہ چشم باقی رہ جاتا ہے۔ ایسی حالت میں اندرون چشم سے ایک زردی مائل یا کسی قدر خاکستری زرد معکوسہ (reflex) حاصل ہوتا ہے، جو اس ریمی انحطاط یافتہ تودہ کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اس تودہ کو کاذب سریشی سلعہ (pseudo-glioma) کہتے ہیں، اس وجہ سے کہ یہ رنگ میں شبکیہ کے سریشی سلعہ (گلائیوما) سے مشابہ ہوتا ہے۔

بحث اسباب - جسم کے باہر یا اندر سے رییم زاخرہ عضویوں (pyogenic microbes) سے اندرون چشم کی سرایت - بروں زاو سرایت (ectogenous infection) اکثر و بیشتر چھیدنے والے زخموں سے واقع ہوتی ہے، جن میں جراحی عملیات، شاقب قروح (perforating ulcers) قرنہ کے پتلے ندبات (scars)



اور بروز قرحیہ (prolapse of iris) شامل ہیں۔ دروں زاد سرایت  
(endogenous infection) مُعَفِّن سداویت (septic  
embolism) کا نتیجہ ہوتی ہے (سروجی یا انتقالی رد metastatic  
ophthalmia: 'اور اکثر و بیشتر نفاسی تقيح الدم puerperal  
pyaemia) میں، نیز جراحی تقيح الدم (surgical pyaemia) میں  
اور مجری خلوی التهاب (orbital cellulitis) سے سرایت پھیل جانے  
کی حالت میں دیکھی جاتی ہے۔ نیز سحائی التهاب (meningitis)  
اور دماغی نخاعی سحائی التهاب (cerebro-spinal meningitis)  
کی حالتوں میں، بالخصوص بچوں میں، اور بعض اوقات ساری امراض  
(infectious diseases) میں دروں زاد سرایت واقع ہو سکتی ہے۔  
علاج۔ بصارت کا بچانا ناممکن ہے، درد کی تخفیف کے لئے  
مارفین (morphine) استعمال کرنا چاہئے، اور مقامی طور پر گرم اور  
تر فادات (hot moist compresses) لگائے جائیں۔ اگر مرضی  
عمل نے آنکھ کی تمام ساختوں کو ماؤف کر دیا ہو تو التهاب کل العین  
(panophthalmitis) کا علاج اختیار کرنا چاہئے۔

شقاق مشیمیہ (Coloboma of the Choroid)۔ یہ

مشیمیہ اور شبکیہ کا ایک پیدائشی نقص ہے، جو ایک بڑی سفید چپتی کی  
صورت میں نظر آتا ہے، جو صلبیہ (sclera) کی قائم مقام ہوتی ہے۔  
یہ شقاق عموماً قرص (disc) سے نیچے واقع ہوتا ہے۔ شبکیہ کے عروق  
اس چپتی پر سے عبور کرتے ہوئے نظر آتے ہیں۔ اس نقص سے متناظر  
ایک ظلمہ (scotoma) (نابینا رقبہ) بھی ہوتا ہے۔ اکثر اس حالت



کے ساتھ شقاق قرحیہ (coloboma in iris) بھی ہوتا ہے اور شقاق کے مقابل عدد کے خط استوار پر ایک کٹاؤ بھی پایا جاتا ہے۔

مشیمیہ کا تشقق (پھٹ جانا) (Rupture of the Choroid) - بعض اوقات یہ کرہ چشم کی کوئی (contusion) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ایسی چوٹ کا فوری اثر یہ ہوتا ہے کہ خون عابدہ (extravasated) ہو کر زجاجیہ کے اندر آ جاتا ہے۔ اس کے جذب ہو جانے کے بعد ایک لمبی زردی مائل سفید دھاری دکھائی دیتی ہے، جس کی کوریں ٹوٹن (رنگدار) ہوتی ہیں اور جو عموماً قرص (disc) کے قرب و جوار میں اور اُس کی بیرونی جانب پر ہوتی ہے۔

مشیمیہ کا درنہ (Tubercle of the Choroid) - یہ حاد دُخنی مدرن (acute miliary tuberculosis) میں اور مدرنی سحائی التهاب (tuberculous meningitis) میں واقع ہوتا ہے۔ یہ درنہ چھوٹے چھوٹے زردی مائل سفید دھبوں کی طرح، شبکیہ دُخند (retinal haze) سے گھرے ہوئے، مختلف تعداد میں، لٹخی خطے میں قرص کے نزدیک دکھائی دیتے ہیں، یا قعر چشم پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ اُن دھبوں سے مشابہ ہوتے ہیں، جو منتشر التهابِ مشیمیہ (disseminated choroiditis) میں پائے جاتے ہیں، مگر نسبتاً بہت چھوٹے ہوتے ہیں۔ خُرد بین سے یہ عفرتی خلیوں (giant cells) اور چھوٹے گول خلیوں پر مشتمل نظر آتے ہیں، جن میں درنی عُصیے (tubercle bacilli) ملتے ہیں۔ ان کے لئے کسی علاج کی ضرورت نہیں، کیونکہ جب یہ دھبے موجود ہوتے ہیں تو نظامِ جسم کا مرض ہمیشہ بسرعت ہلک ہوتا ہے۔



کبھی کبھی تدرن ایک منفردنا ہموار تودہ کی شکل میں لٹخنہ (macula)

کے پاس پایا جاتا ہے۔ اس پر پچوں میں سریشی سلعہ (glioma) کا اور

بالغوں میں لٹخی سلعہ (sarcoma) تک کا مغالطہ ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ

یہ تودہ صلبیہ کو مائوف کر کے سوراخ کر دے۔ ایسی حالتوں میں انقاف

(enucleation) کی حاجت ہوتی ہے۔ دوسری حالتوں میں ٹیوبریکولین

(tuberculin) کے اثرات کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

مشیمہ کالجی سلعہ (Sarcoma of the Choroid) (حظ ملا)

ہوں دروں عینی سلعات: Intra-ocular Tumours: باب ۱۵۔



## باب چہارم زدِ مشار کی — التهاب کل بعین

(SYMPATHETIC OPHTHALMITIS—PANOPHTHALMITIS)

التهاب عنبیه (uveitis) جیسا کہ اس کے نام سے ظاہر ہوتا ہے سارے عنبیتی خلیے (uveal tract) — یعنی قزحیہ (iris) 'جسم ہدبی (ciliary body) ' اور شیمیہ (choroid) — کا التهاب ہے۔ اس کی دو قسمیں ہوتی ہیں: (۱) مصلی (serous) یا نکوینی (plastic) اور (۲) ریمی یا قحی (purulent)۔ یہ دونوں قسمیں التهاب جسم ہدبی (cyclitis) کے سلسلہ میں بیان کی گئی ہیں، جس کے متعلق پہلے بتلایا گیا ہے کہ عام طور پر یہ محض التهاب عنبیه (uveitis) کا ایک جز ہوتا ہے۔ مگر اس کی دو خاص قسمیں ہوتی ہیں: (۱) مشار کی التهاب عنبیه (sympathetic uveitis) جو عام طور پر مشار کی التهاب چشم (sympathetic ophthalmitis) کے نام سے مشہور ہے، اور (۲) ریمی یا قحی التهاب عنبیه (purulent uveitis) کی وہ شکل جو التهاب کل بعین (panophthalmitis) کے نام سے مشہور ہے۔



# مشار کی التهاب چشم

(SYMPATHETIC OPHTHALMITIS)

مشار کی التهاب چشم (رمد مشار کی sympathetic ophthalmia: ایک آنکھ سے عینی خطے کا مصلی (serous) یا تکونی (plastic) التهاب ہے، جو دوسری آنکھ کے اسی طرح کے التهاب کے اثرات سے پیدا ہو گیا ہو۔

بحث اسباب اور وقوع مرض (حدوث)۔ یہ التهاب عموماً پہلی آنکھ کے غربی التهاب قزحیہ جسم بدنی (traumatic iridocyclitis) کی وجہ سے ہوتا ہے، جو تفر ر شاقب یعنی چھیدنے والی چوٹ، مثلاً بدنی خطے (ciliary region) میں اتفاقی طور پر یا علیہ کی وجہ سے زخم ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اگر قزحیہ (iris) یا جسم بدنی (ciliary body) زخم میں پھنس جائے تو خطرہ اور بھی زیادہ ہو جاتا ہے! مدروں چشم میں اجنبی اجسام (foreign bodies) کی موجودگی سے بھی اس مرض کی تحریک ہو جانے کا امکان ہے۔ بعض اوقات یہ اس التهاب قزحیہ جسم بدنی (iridocyclitis) کا نتیجہ ہوتا ہے، جو قرنہ کے قروح شاقبہ (perforating corneal ulcers) کے بعد پیدا ہو جاتا ہے۔ شاذ حالتوں میں کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ یہ کسی شاقب (چھیدنے والے) نمر کے بغیر بھی واقع ہو جاتا ہے۔ ایک کمرہ چشم کے تقیحی التهابات نہایت ہی شاذ طور پر مشار کی التهاب چشم (sympathetic ophthalmitis) پیدا کرتے ہیں۔



خوش قسمتی سے یہ مرض زیادہ کثیر الوقوع نہیں ہے۔ بچوں میں اس مرض کی خاص استعداد ہوتی ہے۔ عدم عفونت (asepsis) اور دفع عفونت (antiseptis) کے طریقوں نے جراحی عملیات کے بعد اس کے وقوع کے خطرہ کو کم کر دیا ہے۔ تحریک رساں آنکھ (exciting eye) کی چوٹ کے بعد یہ مرض عموماً پانچویں اور آٹھویں ہفتے کے درمیان شروع ہوتا ہے اور شاید صورتوں میں تین ہفتے گزرنے سے پہلے۔ لیکن کئی مہینے گزرنے کے بعد بھی اس کا واقع ہو جانا ممکن ہے؛ اور ایک بچہ میں تو یہ اس قدر جلد واقع ہوا کہ چوٹ کے بعد نویں روز ہی شروع ہو گیا۔

202

ابتداءً ماؤف ہونے والی آنکھ کو تحریک رساں یا محرک آنکھ (exciting eye) کہتے ہیں، اور اُس آنکھ کو جو ثانوی طور پر مبتلا ہو جاتی ہے مشارک (ہمدرد) (sympathizing) کہتے ہیں۔ علامات - ہمیشہ تو نہیں لیکن بیشتر مرضیوں میں یہ مرض ایک یا درجہ پیش کرتا ہے جسے مشار کی خراش (sympathetic irritation) کے نام سے یاد کرتے ہیں۔ اس درجہ کو پہچاننا نہایت اہم اور ضروری ہے، کیونکہ اس زمانہ میں تحریک رساں آنکھ کو نکال دینے کا اثر تقریباً یقینی طور پر یہ ہوتا ہے مرض خراش کے درجہ سے آگے بڑھ کر حقیقی التهاب کے درجہ تک نہیں پہنچنے پاتا۔

مشار کی خراش (Sympathetic Irritation) کے علامات - مشارک (ہمدرد) آنکھ خراش پذیر ('irritable') ہوتی ہے۔ نور ترسی (photophobia) اور اشک ریزی نمایاں ہوتی ہے۔ آنکھ اور اُس کے متصل حصوں میں وجع اعصابی (neuralgic) درد ہوتا ہے۔



جب آنکھوں کو نزدیک کے کام کے لئے استعمال کیا جاتا ہے تو بصارت  
دھندلی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ چمک اور رنگ کے احساسات بھی ہوں۔  
تحریک رساں آنکھ میں عموماً التهاب حینہ جسم ہڈی (iridocyclitis)  
یا التهاب عنبیہ (uveitis) پایا جاتا ہے، جو خفیف یا شدید ہو سکتا ہے۔  
جب مشارک (ہمدرد) آنکھ ماؤف ہو جاتی ہے تو ممکن ہے کہ اُس وقت  
تحریک رساں آنکھ میں خراش کے علامات اور ہڈی خبطہ پر نمایاں الیمیت  
(tenderness) موجود ہو۔

ممکن ہے کہ تحریک رساں آنکھ میں خراش کے یہ علامات ٹھہر ٹھہر کر  
(وقفوں کے ساتھ) ہوں۔ ممکن ہے کہ ہر حمل کئی دنوں یا ہفتوں تک جاری  
رکھ کر پھر کم ہو جائے، اور بار بار عود کرتا رہے۔ ممکن ہے کہ آخر کار یہ علامات  
بالکل غائب ہو جائیں لیکن قاعدہ ہے کہ اگر تحریک رساں آنکھ کو نکال دیا  
جائے تو اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مشارکی التهاب (sympathetic  
inflammation) طاری ہو جاتا ہے۔ شگافی چراغ (slit-lamp) کے  
ذریعہ امتحان کرنے سے نہایت ابتدائی درجہ ہی میں قیمتی معلومات حاصل  
ہو سکتے ہیں۔

مشارکی التهاب کے علامات - یہ علامات خراش کے علامات  
کے بعد فوراً ہی، یا مشارک (ہمدرد) آنکھ کے کچھ عرصہ تک سکون کی حالت  
میں رہنے کے بعد واقع ہو سکتے ہیں۔ یہ حادثہ طور پر یا غیر محسوس طور پر شروع ہو سکتے  
ہیں۔ التهاب جب ایک بار قائم ہو جاتا ہے تو پھر وہ مزمن ہو جاتا ہے، اور  
اُس کی مدت ہفتوں بلکہ ایک یا دو سال کی ہوتی ہے۔ مریضوں کی اکثریت  
میں اس کا نتیجہ نابینائی ہے، اگر وہ کبھی کبھی جبکہ التهاب خفیف ہو ممکن ہے کہ



کار آمد بصارت محفوظ رہے۔

نور ترسی (فوٹوفوبیا) 'تدمع' (اشک ریزی) 'دعندلانظر آنا' (دعند) اور ہدبی خٹے میں الیمیت (tenderness) کے علامات ہوتے ہیں اس کے ساتھ گرد قرنیہ اشراب (circumcorneal injection) 'قرنبہ کی پچھلی سطح پر منقطہ مطر وحات' (punctate deposits) 'خزانہ مقدم کی گہرائی میں زیادتی' پتلی سکڑی ہوئی، اور تناؤ میں زیادتی ہوتی ہے۔

203

ممکن ہے کہ خفیف حالتوں میں اس کے علامات التهاب جسم ہدبی (cyclitis) یا التهاب قزحیہ و جسم ہدبی (iridocyclitis) کے علامات

سے آگے نہ بڑھیں۔ لیکن عموماً وہ ترقی پا کر تکوینی التهاب عنبیہ (uveitis) کی صورت اختیار کر لیتے ہیں، جس میں قزحیہ، جسم ہدبی، اور مشیمیہ شامل ہوتے ہیں اور مندرجہ ذیل امارات ظاہر ہوتے ہیں: قزحیہ (iris) دبیز ہو جاتا ہے، اُس کا رنگ بدل جاتا ہے، اُس کے نشانات مٹ جاتے ہیں، اور اُس کی سطح پر نئے عروق دمویہ نمودار ہو جاتے ہیں۔

وہ متعدد اور وسیع مؤخر التصاقات (posterior synechiae) کے ذریعہ مضبوط بندھا ہوا ہوتا ہے۔ تکوینی رشحہ (plastic exudation)

پتلی کو اور خزانہ مقدم (anterior chamber) کے کم یا زیادہ حصہ کو

بھردیتا ہے جو کم گہرا ہو جاتا ہے۔ اس تکوینی التهاب (plastic inflammation)

میں مشیمیہ (choroid) اور شبکیہ (retina) حصہ لیتے ہیں، زجاجیہ

(vitreous) میں متعدد عتامات (opacities) نمودار ہو جاتے ہیں، اور

عدسہ (lens) غیر شفاف ہو جاتا ہے۔ آخر کار شبکیہ اپنی جگہ سے ٹوٹ کر

ہٹ جاتا ہے (detachment: انفکاک شبکیہ)، آنکھ کا ڈھیلا سکرنا



ذلول (atrophy) کی حالت اختیار کر لیتا ہے۔

انتقال مرض (Transmission) کے متعلق نظریات۔

مشارک (ہمدرد) آنکھ میں التهاب کے وقوع کی توجیہ میں متعدد نظریے پیش کئے گئے ہیں، مگر کوئی نظریہ عام طور پر نشئی بخش تسلیم نہیں کیا گیا ہے۔ پیش کردہ نظریات حسب ذیل ہیں: (۱) سرایت ایک جانب کے عصب بصری کے غلاف سے تقاطع بصری (chiasma) میں جا کر مقابل جانب کی آنکھ کے عصب کے غلاف تک پھیل جاتی ہے۔ (۲) تحریک رساں آنکھ میں جو جراثیم داخل ہو گئے ہیں اُن کے سمتیات مجاری ملف کی راہ سے دوسری آنکھ میں پہنچ کر عمل (اثر) کرتے ہیں۔ (۳) مجروح آنکھ سے عنیبہ کا جو لونی مادہ (uveal pigment) جوئے خون کے اندر آزاد ہو جاتا ہے اُس کے خلا (دوسری آنکھ میں) ایک ماسکی حساسیتی رد عمل (focal allergic reaction) واقع ہوتا ہے۔ (۴) ایک قسم کا نوعی عضویہ (تقطیرندہ قشرب) (filtrable virus : pathogenic) جو صرف ایک آنکھ کے لئے مرض (pathogenic) خیال کیا جاتا ہے، خون کی رو کے ذریعہ مقام مرض سے منتقل ہو جاتا ہے (نُروح : metastasis)۔ چونکہ ایسے عضویہ اب تک الگ نہیں کئے گئے ہیں، لہذا خیال کیا جاتا ہے کہ یا تو وہ اسقدر چھوٹے ہیں کہ خردبین سے نظر نہیں آتے، یا سرایت رساں عامل ایک سم (toxin) ہے جو نوعی خرد عضویوں (specific micro-organisms) سے پیدا ہو جاتا ہے۔ فی الحال ان میں سے آخری توجیہ ہی اغلب سمجھی جاتی ہے۔

امراضیات (Pathology)۔ تحریک رساں آنکھ اور مشارک

(ہمدرد) آنکھ، دونوں میں مماثل تغیرات ہوتے ہیں۔ یہ تغیرات ایک فی درریش



(tuberculous infiltration) سے مشابہت رکھتے ہیں، اور سارے عنبیہ نعلے (uveal tract) میں چھوٹے گول خلیوں کے گروہ کی اجتماعات پر مشتمل ہوتے ہیں۔ بعد میں یہ درریش زیادہ منتشر ہو جاتی ہے اور اس میں سر حملہ نما (epithelioid) اور عنبیہ خلیے (giant cells) بھی شامل ہو جاتے ہیں شبکیہ (retina) میں نہایت کم تغیر ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں ۲۰۴ امراضیاتی تغیرات بھی جو معمولی التهاب عنبیہ (uveitis) میں ہوتے ہیں (صفحہ ۱۸۹) مع اس کے مختلف عواقب کے رونما ہوتے ہیں۔

علاج - حفظ ماتقدمی علاج سب سے زیادہ اہم ہے، اور تحریک ساں آنکھ کو مندرجہ ذیل حالات میں نکال دینے سے تعلق رکھتا ہے: اگر مجروح آنکھ نابینا ہو، یا اس کی حالت ایسی ہو (بالخصوص اس وقت جبکہ ہدنی خفہ موقوف ہو) کہ ہمیں اس میں کارآمد بصارت محفوظ رہ سکنے کی توقع نہ ہو تو اس کا انقاف (enucleation) کر دینا چاہئے (یعنی اسے نکال دینا چاہئے)۔ اگر وہ خراش پذیر (irritable) ہو، اس میں ہدنی الیمیت (ciliary tenderness) موجود ہو، یا التهاب قزحیہ و جسم ہدنی (iridocyclitis) کے امارات (signs) ظاہر ہوں، یا اس کے اندر کوئی جسم غریب (foreign body) موجود ہو جو نکالانا جاسکے، تو ان حالات میں مجروح آنکھ کا نکال دینا خاص طور پر ضروری اور لازمی ہو جاتا ہے۔

لیکن جب مجروح آنکھ میں کارآمد بصارت موجود ہو، یا جب اس کا غالب امکان ہو کہ اس آنکھ میں خاصی اچھی بصارت حاصل ہو سکے گی تو انقاف (enucleation) ایک ایسا مسئلہ ہو جاتا ہے جس کے متعلق فیصلہ کرنا اکثر مشکل ہوتا ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ مشار کی خراش (sympathetic



(irritation) کے علامات پیدا ہو کر پھر ان میں تخفیف ہو جائے، اور اس کے باوجود مشار کی التهاب کبھی پیدا ہی نہ ہو۔ ایسی حالتوں میں، اگر مجروح آنکھ میں سکون رہے اور وہ التهاب سے مبرا رہے تو اکثر انتظار کرنا جائز ہوگا، بشرطیکہ ہم مریض کو ہمیشہ زیر نگرانی رکھ سکیں۔

مشار کی التهاب کے ظاہر ہو جانے کے بعد مجروح آنکھ کے انقاف (نکال دینے) سے مرض کی ترقی پر کوئی (مفید) اثر نہیں پڑتا، اور ممکن ہے کہ تحریک رساں آنکھ کی بصارت بالآخر مشارک (ہمدرد) آنکھ کی نسبت بہتر رہے۔ اس لئے، ان حالات میں، تحریک رساں آنکھ کو نہیں نکالنا چاہئے، بشرطیکہ اس میں بصارت موجود ہو لیکن اگر وہ بے بصیر (اندھی) ہے اور التهاب کے علامات ظاہر کر رہی ہے تو پھر اسکا انقاف (enucleation) کر دینا چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ اس کی موجودگی مشارک (ہمدرد) آنکھ کی حالت کو اور زیادہ خراب کر دے۔

خود رہ مشار کی (sympathetic ophthalmia) کا علاج

یہ ہے: ایٹروپین کا استعمال (بشرطیکہ اس سے علامات میں زیادتی نہ ہو)، گرم رفادات (hot compresses)، کامل سکون و آرام، پردہ دار حجرہ (shaded room)، اور وینیلی عینک (smoked coquilles)۔ بعض اوقات کینیٹیوں پر جو نمکیں لگانا مفید ہوتا ہے خارجی پروٹین (foreign protein) کا اثر اب اکثر فائدہ مند ہوتا ہے۔ سوڈیم سیلیکلیٹ (sodium salicylate) کی بڑی مقادیر، حتیٰ کہ روزانہ ۲۰ گرین تک، اکثر دی جاتی ہیں، اور بعض مریضوں میں ان کا اثر اچھا ہوتا ہے۔ بہت سے مریضوں میں سالورسان (salvarsan) کو آزمایا گیا، اور یقین کیا جاتا



ہے کہ اس سے فائدہ ہوا۔ چونکہ یہ مرض طویل المدت ہوتا ہے، لہذا مریض کی عام صحت کی نگرانی ضروری ہے۔

اگرچہ انداز (prognosis) ناموافق ہوتا ہے اور بہت سی حالتوں کا انجام نابینائی ہوتا ہے، تاہم علاج سخت باقاعدگی اور استتلال کے ساتھ کرنا چاہئے۔ کم از کم بعض حالتوں میں، بالخصوص جبکہ التهاب مصلی (serous) قسم کا ہو، ممکن ہے کہ آخر کار اچھی خاصی بصارت حاصل ہو جائے۔ ممکن ہے کہ بصارت کی اصلاح کے لئے جراحی مداخلت کی ضرورت ہو، مگر تا وقتیکہ آنکھ کئی ماہ تک سکون کی حالت میں نہ رہے اس طرح دخل دینے کا خیال نہیں کرنا چاہئے۔

205

## التهاب کل العین

(PANOPHTHALMITIS)

یہ سارے عنبی خلیے (uveal tract) کا شدید ریوی التهاب (purulent inflammation) ہے، جو کمرہ چشم کو پیپ سے بھر دیتا ہے، اور آخر کار اس عضو کو تلف و برباد کر کے اختتام کو پہنچتا ہے۔ یہ مرض سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے، اور ریوی التهاب شیمیہ (purulent choroiditis) سے مشابہت رکھتا ہے (آخر الذکر اصطلاح اکثر اس کے مترادف کے طور پر استعمال کی جاتی ہے)، مگر اس میں التهابی عمل زیادہ وسیع ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ تقریباً ہمیشہ کمرہ چشم کے سرایت زدہ زخموں کی وجہ سے ہوتا ہے، خواہ یہ زخم کسی اتفاقی حادثہ کے باعث ہوں یا علمیہ کا



نتیجہ ہوں۔ نیز یہ ساری قروح (infective ulcers) سے، ققیج الدم (pyæmia) اور نفاسی تسمم الدم (puerperal septicæmia) - انتقال مرض (metastasis) کی وجہ سے، التهاب سحایا (meningitis) اور بالخصوص بچوں میں دماغی نخاعی التهاب سحایا (cerebro-spinal meningitis) سے پیدا ہو سکتا ہے۔

علامات (جو پہلے ریکی التهاب <sup>مسمی</sup> purulent choroiditis :

کے سلسلہ میں بیان کئے گئے ہیں، صفحہ 198) عاوا وشدید ہونے کا امکان رکھتے ہیں۔ مرض کا آغاز عموماً ارتفاع تپش، تپ کے عام علامات، درد سر، اور بعض اوقات قے کے ساتھ ہوتا ہے۔ آنکھ کے ڈھیلے میں شدید درد ہوتا ہے، بصارت تیزی سے زائل ہونے لگتی ہے، شدید ہدنی اور ملتحمی امتلا، نمایاں تہیج ملتحمہ (chemosis) اور پپوٹوں میں ورم اور سرخی ہوتی ہے (شکل ۱۵۹، صفحہ ۱۱۲)۔ قرصیہ (iris) جلد ہی ماؤف ہو جاتا ہے، خزانہ مقدم اور زجاجیہ (vitreous) پیپ سے بھر جاتے ہیں، قرنیہ ابراؤد (مکدر) اور زرد ہو جاتا ہے (شکل ۱۶۰، صفحہ ۱۱۲)، اور تناسل بڑھ جاتا ہے۔ غلاف سینین درریختہ (infiltrated) ہو جاتا ہے اور اس کے بعد جھوٹ (exophthalmos) واقع ہو کر کرہ چشم کے حرکات محدود ہو جاتے ہیں۔

پیپ عموماً صلبیہ (sclera) کے اگلے حصے کو توڑ کر نکل آتی ہے، جس کے بعد درد اور دیگر علامات میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ چند ہفتوں کے دوران میں مرضی عمل انیامر (course) ختم کر لیتا ہے، اور آخر کار ایک ٹکڑا ہوا اور بے بصیر آنکھ کا ڈھیلا (ضمور بصلہ : phthisis bulbi)

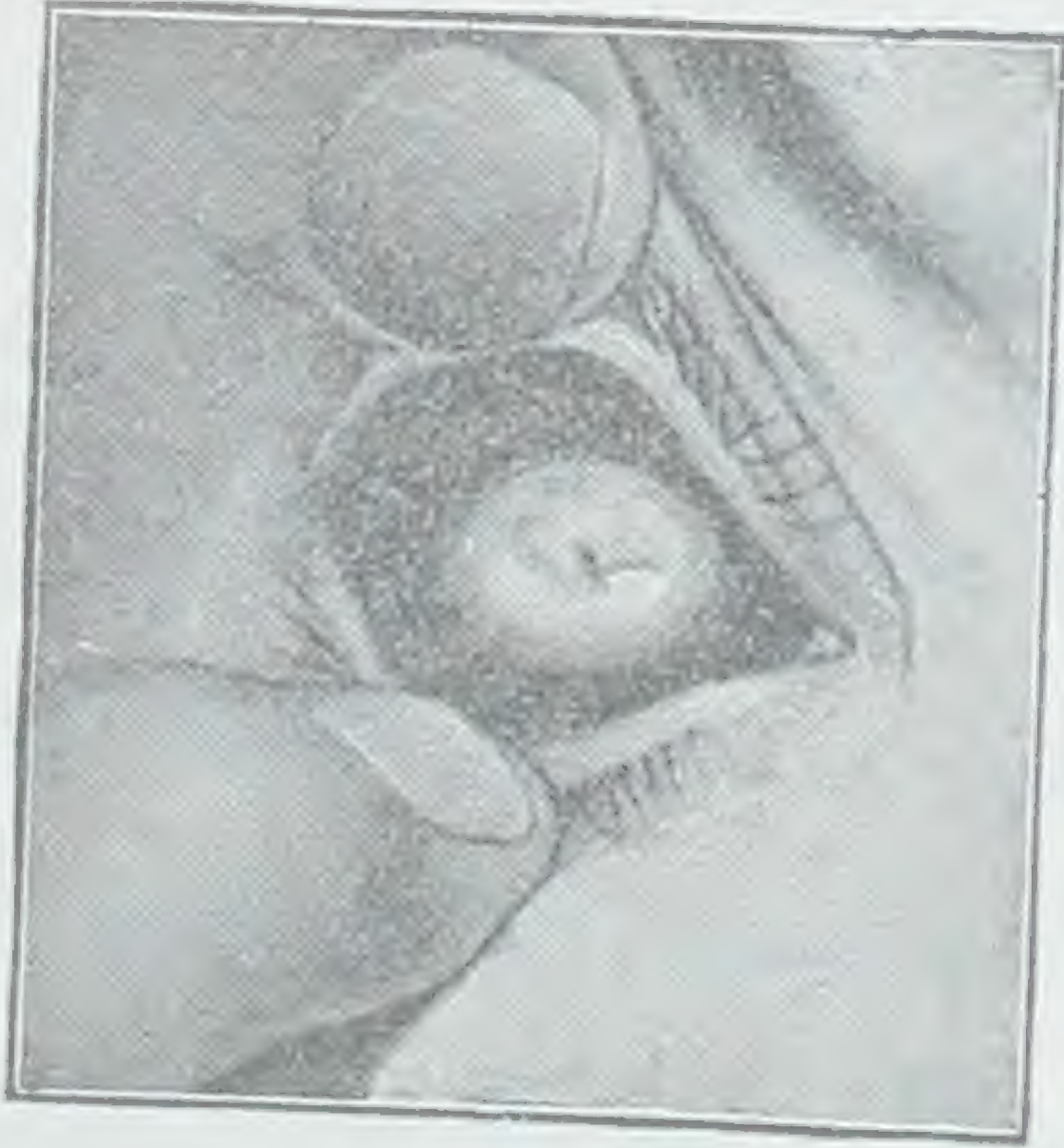


شکل ۱۷۳) باقی رہ جاتا ہے۔

انذار (Prognosis) ہمیشہ ناموافق ہوتا ہے، اور بینائی ہمیشہ جاتی رہتی ہے۔ اس مرض سے رمہ مشار کی (sympathetic ophthalmia) نہیں پیدا ہوتا۔

علاج۔ داعیات علاج یہ ہیں کہ تخفیف درد کے لئے گرم و تر رقعات (hot, moist compresses) استعمال کئے جائیں، اور صلبیہ میں

شکاف دیا جائے تاکہ پیپ خارج ہو سکے۔ اگر مریض کا معائنہ ابتدائی میں ہوا ہے تو ممکن ہے کہ برقی بجوات (electro-cautery) کے ذریعہ سرایت کے ماسکہ کے کامل اور متواتر تکوین (cauterization) (دفعہ) سے، یا خزائے مقدم کے اندر آئیوڈوفارم



206

شکل ۱۷۳۔ ضمور بصلہ (Phthisis Bulbi) کی چھوٹی چھوٹی سٹاپیا داخل کرنے سے، یا ان دونوں تدبیروں

کے اشتراک سے فائدہ پہنچے، لیکن عام طور پر پتہ بصری (evisceration) ہی کی ضرورت ہوتی ہے۔ التهابی درجہ میں انقاف (enucleation) عمل میں لانا مناسب نہیں سمجھا جاتا، کیونکہ اس میں ری التهاب سجایا (purulent meningitis) (صفحہ 98) پیدا کر دینے کا خطرہ ہوتا ہے، لیکن حشاء برآری (evisceration) کا عملیہ کرنے کے بعد صلبیہ (sclera) کو پیچھے کی طرف عصب بصری کے رخ میں قطع کیا جاسکتا



ہے، اور اوتار (tendons) کو جیسا کہ انقاف میں کیا جاتا ہے کاٹ کر  
 صلبیہ کے اگلے حصے کو (عصبی سر کے گرد ایک جھال چھوڑ کر) نکال دیا جاسکتا  
 ہے۔ صلبیہ کو اس طرح نکال دینے سے زخم جلد مندمل ہو جاتا ہے۔



# باب پانزدہم

## دروچ چشمی سلعات

207

(INTRA-OCULAR TUMOURS)

دروچ چشمی سلعات (intra-ocular tumours) شاذ ہیں۔

لیکن ان کی شناخت نہایت اہم ہے، کیونکہ اگر ابتداء مرض ہی میں گردہ چشم کا انقاف (enucleation) کر دیا جائے تو ممکن ہے جان بچ جائے۔ انکی

دو قسمیں ہیں: (۱) مشیمیہ لحمی سلعہ (sarcoma of the choroid)

اور (۲) شبکیہ کاسریشی سلعہ (glioma of the retina)۔

## مشیمیہ لحمی سلعہ

(SARCOMA OF THE CHOROID)

یہ خبیث بالیدگی عموماً ایسے بالغوں میں ہوتی ہے جن کی عمر چالیس سال

اور ساٹھ سال کے درمیان ہو۔ یہ سلعہ ہمیشہ اولی (primary) اور منفرد

ہوتا ہے، اور صرف ایک ہی آنکھ کو ماؤف کرتا ہے۔ یہ تکھنایا گول خلیوں سے

بنا ہے، اور عموماً مُلَوَن (pigmented) ہوتا ہے (میلائینی لحمی سلعہ



(melano-sarcoma) - یہ ایک گول تودہ بنا دیتا ہے، جو مشیمیہ سے زیادہ تر اُس کے پچیلے قطب کے قریب سے نکلا کر گڑے چشم کے مرکز کی طرف بڑھتا ہے۔ کچھ عرصہ بعد یہ زجاجی ورقہ (lamina vitrea) کو چھید کر زیادہ تیزی کے ساتھ بڑھنے لگتا ہے اور زیر شبکی فضا (sub-retinal space) میں ایک گروی تودہ بنا دیتا ہے، جو اپنی چوٹی کے سامنے شبکیہ کو آگے اٹھاتا دھکیلتا اور اپنے اطراف میں اُسے علحدہ کرتا جاتا ہے (انفکاک شبکیہ detachment of retina: شکل ۱۷)۔



شکل ۱۷، مشیمیہ کا لحمی سلعہ  
مع انفکاک شبکیہ (Sarcoma  
of the Choroid  
with Detachment  
of the Retina)

علامات - اس کے چار درجے ہوتے ہیں۔  
پہلے یا سکونی درجہ (quiescent stage) میں میدانِ بصارت میں نقص اور بصارت میں کمی ہوتی ہے، اور ان دونوں کا انحصار سلعہ (رسولی) کے صحیح محل وقوع پر ہوتا ہے۔ لیکن یہ کہ چشم بین سے ایک زردی مائل، بھورا، یا سیاہ تودہ دکھائی دے، جس پر شبکیہ کے عروق کا تعاقب کیا جاسکے، اور ان کے پیچھے دوسرے عروق کا جو خود رسولی سے تعلق رکھتے ہیں لیکن اکثر اوقات شبکیہ کی علحدگی (انفکاک) واقع ہو جاتی ہے اور اس سے یہ منظر دھندلا پڑ جاتا ہے۔ اس بالیدگی (رسولی) کے مقام کے قریب ہی موخر ہڈی و رتیل (anterior ciliary veins) پھیلی ہوئی مل سکتی ہیں۔ یہ درجہ عموماً ۱۸ ماہ سے لیکر دو سال تک جاری رہتا ہے۔

دوسرے یا خراشی درجہ (irritative stage) میں



سلعہ کی جسامت بڑھ کر درداور الہتہابی گلاکوما کے دوسرے علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔

تیسرے یا بروں عینی درجہ (extra-ocular stage) میں سلعہ کرۂ چشم میں سے باہر پھوٹ پڑتا ہے، اور پھر نہایت تیزی کے ساتھ جسامت میں بڑھتا اور متفح ہو جاتا ہے۔ بیشتر حالتوں میں وہ سامنے کی طرف چھید کر دیتا ہے جس سے ایک سیاہ تودہ نظر آتا ہے۔ اگر وہ پیچھے کی طرف چھید کرتا ہے تو جحوظ (exophthalmos) پیدا ہو جاتا ہے۔ جلد ہی وہ قرب وجوار کی ساختوں کو ماؤف کر دیتا ہے، جن میں دماغ بھی شامل ہے۔ چوتھا درجہ سرورحات (metastases) یعنی مرضی انتقال کے وقوع کی وجہ سے ممیز ہے، جو بیشتر اوقات جگر میں ہوتے ہیں۔

امراضیات۔ یہ سلعہ گول یا تھلے نما خلیوں سے بنا ہوا ہوتا ہے جو کم و بیش ٹکڑے ہوتے ہیں، اور جن کا نمو شیمیہ (choroid) کی بیرونی او درمیانی تہوں کے سیلی خلیات (stroma cells) سے ہوتا ہے۔ یہ عموماً عروقی ہوتا ہے، مگر اس میں طبعی عروقی دیوار نہیں ہوتی۔ یہ دیوار اکثر صرف سرحد سے بنتی ہے، یا ممکن ہے کہ دیوار بالکل ہی نہ ہو اور محض عروقی مجاری (راستے) ہوں۔

تفصیلی تشخیص شیمیہ کے لحمی سلعہ پر انفکاک شکیہ (detachment of the retina) گلاکوما، یا شاید شکیہ کے سریشی سلعہ (glioma) کا مفالطہ ہو سکتا ہے۔ لیکن آخر الذکر (سریشی سلعہ) صرف زندگی کے ابتدائی سالوں میں واقع ہوا کرتا ہے۔ معمولی انفکاک شکیہ عموماً قصیر البصر (myopic) آنکھ میں ناگہانی طور پر، یا گھونسا لگنے کے بعد واقع ہوتا ہے



اور نناؤ کم ہو جاتا ہے۔ علامات مندرہ (تنبہی علامات premonitory symptoms) جیسے کہ عموماً گلا کو ماسے پہلے ہوتے ہیں، نہیں ہوتے، نہ علامات میں فترات (remissions) پائے جاتے ہیں۔ صرف ایک ہی آنکھ ماؤف ہوتی ہے، گلا کو ماسے مخصوص میدان بصر (جس میں انفی تحدید : nasal limitation ہوتی ہے) نہیں موجود ہوتا، اور عموماً الہتابی علامات ظاہر ہونے سے پہلے ہی نظر کمزور پڑ جاتی ہے۔ مجبوری تنویر (transillumination) کے لئے جو آلات ایجاد کئے گئے ہیں ان میں سے کسی ایک کی مدد سے کوئی ٹھوس ورم جو اگلے نصف کرہ میں ہو ظاہر ہو جائے گا۔

علاج تشخیص قائم ہوتے ہی انقاف (enucleation) کا عمل کر دینا چاہئے، جس میں عصب بصری کو بہت پیچھے ہٹ کر کاٹنا مناسب ہے۔ ممکن ہے کہ آنکھ کے تمام مشمولات کو نکال دینے کی ضرورت پڑے۔ انقاف یا تخلیہ حشاء (exenteration) کے بعد ریڈیئم یا لاشعاعوں (X-rays) کے چند حفاظتاتی تگشفات (prophylactic exposures) و اعیات علاج ہیں۔ مرض کے مقامی نکس کا خطرہ اور اندرونی اعضاء میں سرحدات (metastases) (مرضی انتقالات) کا خطرہ ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ اگر سلعہ کو جلد نہ نکال دیا جائے تو یہ عارضہ ہمیشہ ہلک ہوتا ہے، اور موت پانچ سال کے اندر ہی اندر واقع ہو جاتی ہے۔



## شبکیہ کا سریشی سلعہ

(GLIOMA OF THE RETINA)

یہ ایک نصیث بالیدگی ہے، جسے شبکیہ کا عصبی سریشی سلعہ (neuro-epithelioma) بھی کہتے ہیں۔ یہ چھوٹے خلیوں اور کسیدہ اساسی جرم (basement substance) اور عروق دمویہ پر مشتمل ہوتا ہے، شبکیہ کی ذراتی تہوں سے نمویاب ہوتا ہے، اور غالباً پیدائشی ہوتا ہے۔ یہ پانچ سال سے کم عمر والے بچوں میں ہوتا ہے، عموماً ایک ہی آنکھ میں، کبھی کبھی دونوں آنکھوں میں، اور بعض اوقات اسی خاندان کے بچے درجے بچوں میں ہوتا ہے۔ علامات۔ اس کے تین درجے تمیز کئے جاسکتے ہیں۔

پہلے یا سکونی درجہ (quiescent stage) میں الہتابی علامات نہیں ہوتے۔ چشم بن سے چھوٹے چھوٹے سپیدی مائل یا زردی مائل تودے، جن میں فلزاتی چمک ہوتی ہے، زجاجیہ کے اندر بڑھتے ہوئے نظر آتے ہیں سطح پر نو ساختہ عروق دمویہ، اور ممکن ہے کہ نزف (haemorrhages) اور سفید چکیتیاں بھی ظاہر ہوں۔ والدین کی توجہ اس نمایاں زرد معکوس (yellow reflex) کی وجہ سے منعطف ہوتی ہے، جو پتلی میں سے (جو اکثر پھیلی ہوئی ہوتی ہے) بہ آسانی نظر آتا ہے۔ اس کے لئے قبل چشم بن زمانہ میں اسی منظر کی وجہ سے کمشتی گریہ چشم (amaurotic cat's eye) کی اصطلاح رائج ہوئی۔

دوسرے یا خراشی درجہ (irritative stage) میں درد، تناؤ کی زیادتی (تقریباً ۵ فیصدی مریضوں میں) اور گلاکوما کے دوسرے



علامات پائے جاتے ہیں۔ سلعہ جسامت میں بڑھ کر زجاجیہ کے اندر پھیل جاتا ہے۔ جلد ہی وسائط (media) کے تکدر (دھندلا ہوا جانے) کی وجہ سے رسولی دکھائی نہیں دیتی۔

تیسرے یا براؤن علینی درجہ (extra-ocular stage) میں کرہ چشم باہر کو ابھرا آتا ہے (عذہ: staphyloma) اور جھوٹا exophthalmos : دونوں ہوتے ہیں) اور پھر ثقب (perforation) واقع ہوتا ہے۔ بالیدگی (رسولی) عصب بصری کے برابر برابر پیچھے کی طرف جا کر دماغ تک پہنچ جاتی ہے (اور اس طرح ہلک ثابت ہوتی ہے) اور سامنے کی طرف قرنیا اور صلبیہ میں سے گزرتی ہوئی جسامت میں تیزی کے ساتھ بڑھتی ہوئی راستہ میں بافتیں سکے تاس میں آتی ہیں (اسکو ملتے ہیں) ان سب کے ماؤف کرتی جاتی ہے۔ نروحات (مرضی انتقالات) (metastases) کسی قدر شاذ ہیں، مگر متصلہ غدوں میں اور جمجمی ٹڈیوں میں واقع ہو سکتے ہیں۔

امراضیات (Pathology)۔ یہ سلعہ دماغ کے سریشی سلعہ سے مشابہ نہیں ہوتا۔ چھوٹے گول گنجان ٹھسے جوئے خلیوں سے بنتا ہے، جن کے نواتا بڑے ہوتے ہیں اور جو عروق و موہ کے گرد گردیا نلیوں کی شکل میں مرتب، یا گلاب نما کچھول (rosettes) کی شکل میں مجتمع ہوتے ہیں۔ اس حالت میں ان کے اندر کی طرف کے پیلاؤ شبکیہ کے عصاؤں اور مخروطات (rods and cones) سے مشابہ ہوتے ہیں۔ عروق و موہ سے تھوڑے فاصلہ پر، یہ

خلیات تنخر (necrosis) کا رجحان ظاہر کرتے ہیں۔ یہ تودہ (سلعہ) شبکیہ کی بیرونی یا اندرونی سطح سے شروع ہوتا ہے۔ اول الذکر حالت میں وہ شبکیہ کو مشیمیہ سے جدا کر کے شبکیہ کا انفکاک (detachment) پیدا کر دیتا ہے۔



اگر بالیدگی اندر کی جانب کو ہے تو سعدانہ نما (polypoid) تو لے دیا جائیگا۔  
 حلقہ آور ہو کر جسامت میں بڑھتے بڑھتے بالآخر سارے کرہ چشم کو بھر دیں گے۔  
 سلعہ ہمیشہ کثیر العناصر (مُرکب) ہوتا ہے اور کرہ چشم کے مختلف حصوں میں اس  
 کے مرکز منتشر ہوتے ہیں۔ بالیدگی (رسولی) کا پھیلاؤ عموماً عصب بصری کے  
 برابر برابر ہو کر وہاں سے جمجمی کہفہ (cranial cavity) کے اندر پہنچ  
 جاتا ہے۔

**تقریقی تشخیص**۔ سریشی سلعہ (glioma) کو کاؤب سریشی سلعہ

(pseudo-glioma) (صفحہ 199) سے متفرق کرنا چاہئے۔ آخر الذکر

ایک انحطاط یافتہ کرہ چشم ہے جو اس ریوی التهاب شیمیہ (purulent  
 choroiditis) کا نتیجہ ہوتا ہے جو بچوں میں التهاب سحایا (meningitis)

یا دماغی نخاعی التهاب سحایا (cerebro-spinal meningitis) کے

بعد واقع ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر عارضہ میں سابقہ حادثاتی مرض (acute

febrile disease) اور التهاب کرہ چشم کی سرگزشت طے گی، اور تناؤ

کم ہو جاتا ہے۔ چشم بینی امتحان ہی ایسی چیز ہے جس سے خاص رہنمائی

حاصل ہوتی ہے۔ جب تذبذب ہو تو انتقاف (enucleation) ہی عمل

میں لانا چاہئے، کیونکہ ایسی آنکھیں ہمیشہ نابینا ہوتی ہیں۔

**علاج**۔ جس قدر جلد ممکن ہو انتقاف (enucleation)

عمل میں لایا جائے، اور عصب بصری کو بہت پیچھے سے کاٹا جائے۔ اگر

عصب بصری کے کٹے ہوئے سرے کے خوردبینی امتحان سے ظاہر ہو کہ بالیدگی

(رسولی) نے اس حصے کو بھی ماؤف کر دیا ہے یا اگر بالیدگی نے انتقاف

(perforation) کر دیا ہے تو سارے چشم خانہ (منجر) کو صاف کر دینا چاہئے۔



ازال بعد ریڈیم یا لاشعاعوں کے ذریعہ سے مقامی علاج کرنا مناسب ہے۔ اس پر بھی عود مرض (نکس) کا خطرہ باقی رہتا ہے۔ اگر مریض عملیہ استیصال (excision) کے لئے راضی نہ ہو، یا جب دوسری آنکھ بھی موقوف ہو گئی ہو تو بالیدگی (رسولی) کو ریڈیم کے ذریعہ تلف کر دینے کی کوشش کرنا چاہئے۔ اس مقصد کے لئے صلبیہ میں ایک چھوٹا شکاف دیکر اس کی راہ سے ریڈان کے خول (radon seeds) راست رسولی کے اندر داخل کئے گئے ہیں۔ چنانچہ اس ذریعہ سے چند مثالوں میں بالیدگی ترک بھی گئی۔ جب استیصال کا عمل جلد اختیار کیا جاتا ہے تو شفایابی کا اچھا خاصہ موقع ہوتا ہے۔ تا وقتیکہ یہ نہ کیا جائے، موت دو یا تین سال کے اندر واقع ہو جاتی ہے۔



# بشائر دوم

## زرق الماء (گلاکوما)

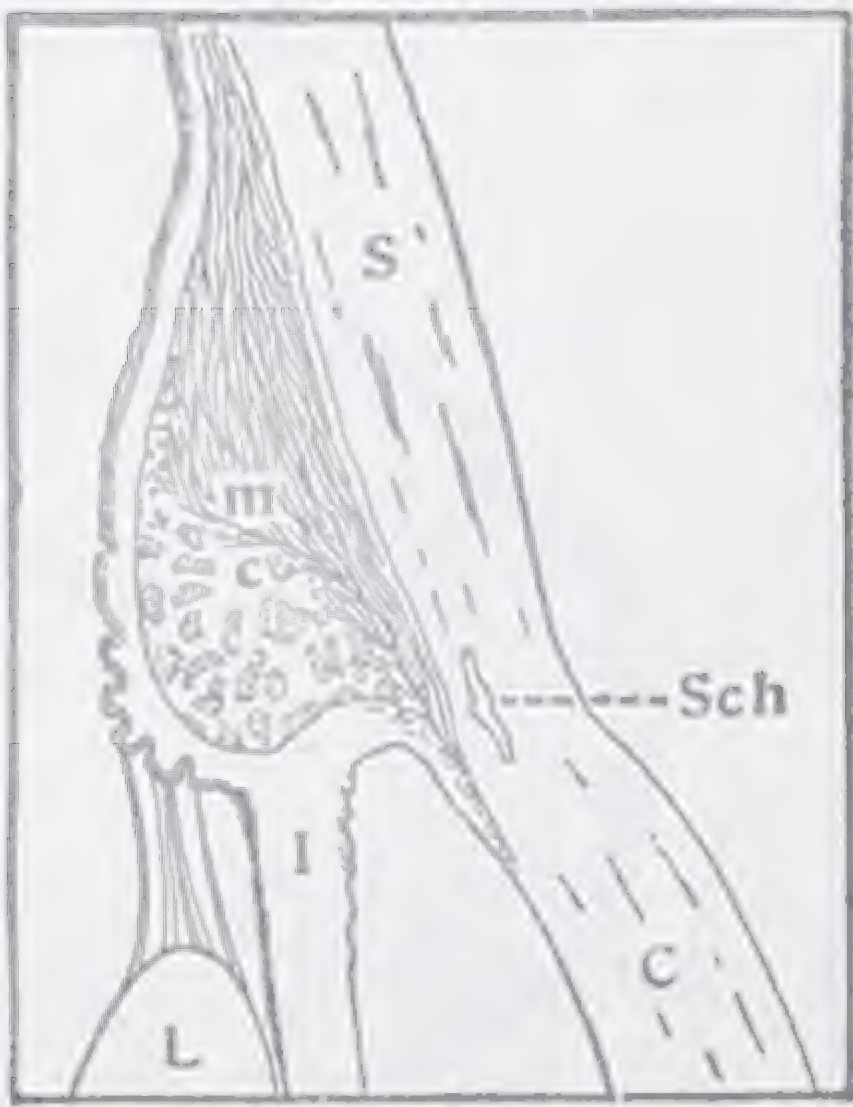
### (GLAUCOMA)

211

**تشریح** - خزائے آبی (aqueous chamber) سامنے قرنیه سے پیچھے عدسہ (lens) اور اُس کے رباطِ معلق (suspensory ligament) سے، اور جانباً رباطِ مشطی (ligamentum pectinatum) اور جسمِ ہربی (ciliary body) کے اگلے حصہ سے (شکل ۱۷۵) محدود ہوتا ہے۔ اُس کی گہرائی مختلف ہوتی ہے۔ نو عمروں میں، قصیر البصر (myopic) آنکھوں میں، اور اُس وقت جبکہ آنکھ اشیاء بعید کے لئے ماسک پر لائی گئی ہو، خزائے آبی مقابلتہ گہرا ہوتا ہے۔ قرزحہ (iris) خزائے آبی کو ایک اگلے خزائے (خزائے مقدم: anterior chamber) اور ایک پچھلے خزائے (خزائے مؤخر: posterior chamber) میں تقسیم کرتا ہے۔ اول الذکر قرزحہ کے سامنے واقع ہے۔ آخر الذکر قرزحہ اور عدسہ کے درمیان کی حلقہ دار فضا ہے۔ چونکہ قرزحہ صرف اپنے حقیقی حاشیہ (pupillary margin) کے قریب عدسہ کے تماس میں ہوتا ہے، لہذا یہ فضا پتلی سے لیکر قرزحہ کے محیطی کنارے تک گہرائی میں زیادہ ہوتی جاتی ہے اور عرضی تراش میں مثلثی ہوتی ہے۔ خزائے مؤخر پتلی کی وساطت سے خزائے مقدم کے ساتھ ارتباط رکھتا ہے۔



خزانہ مقدم کے اُس حصے کو جہاں صلیبیتی قرنیقی حاشیہ (sclero-corneal margin) 'قریہ (iris) اور رباط مشطی (ligamentum pectinatum) تینوں باہم ملتے ہیں، خزانہ مقدم کا زاویہ یا جوف (angle or sinus of the anterior chamber) کہتے ہیں (ان کو اکثر زاویائے قریہ iris angles : بھی کہتے ہیں)۔ یہ خطہ نہایت اہم ہے۔ اسی کے کامل اور سالم ہونے پر اُس لف کا صحیح دوران منحصر ہے، جو کہ چشم کے اگلے حصے کا تغذیہ کرتا ہے۔



رباط مشطی (ligamentum

pectinatum) قرنیہ کے حاشیہ پر غنائے ویشیٹ کے ٹوٹ کر ان بندلوں میں تقسیم ہو جانے سے بنتا ہے جو صلیب کو قریہ کی جڑ سے ملحق کرتے ہیں۔ یہ لچکدار ورقہ (elastic laminae) اُس درجہ سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں، جو قرنیہ کی پچھلی سطح کو ڈھانکنے والے درجہ کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ اس طرح سے وہ فضائیں بنجاتی ہیں جو مائیہ (aqueous) کے کہنے کے ساتھ تسلسل رکھتی ہیں، جن میں درجہ کا استر ہوتا ہے اور جو فنڈا نا کی فضاؤں (spaces of Fontana) کے نام سے موسوم ہیں۔ ان کی بیڑنی جانب صلیبیتی قرنیقی اتصال کے قریب قنالی شلیم (Schlemm's canal) ہے جو جانباً مقدم ہڈی (anterior ciliary veins) کے ساتھ

شکل ۵۱۔ صلیبیتی قرنیقی اتصال

(sclero-corneal

junction) کے مقام پر گرد چشم کی تراش جس میں خزانہ مقدم (anterior chamber)

کا زاویہ نظر آتا ہے۔

S = صلیب، C = قرنیہ، I = قریہ

L = عدسہ، cm = عضلہ ہڈی

Sch = قنالی شلیم



رابطہ رکھتی ہے۔

212

لمتہ کے سوا آنکھ کے اور کسی حصے میں لمفی عروق نہیں ہوتے۔ ان عروق کی بجائے اور یہی وظیفہ ادا کرنے کے لئے مجاری لمف (lymph channels) اور لمفی فضائیاں (lymph spaces) ہوتی ہیں۔ یہ روگروہوں میں تقسیم کی جاسکتی ہیں: ایک گروہ وہ جو کرہ چشم کے اگلے حصے سے اور دوسرا وہ جو اس کے پچھلے حصے سے تعلق رکھتا ہے۔

مقدم لمفی فضائیاں (anterior lymph spaces)

اور کچھ خزانہ آبی (aqueous chamber)

اور ان حصوں پر مشتمل

ہیں جو زاویہ قرصیہ (iris angle) کے بالکل

گردا گرد ہیں مقدم اور مؤخر خزانے دو بڑی لمفی

فضائیاں ہیں جن میں آنکھ کے اگلے حصہ کا لمف جمع

ہوتا ہے۔ اس لمف کو رطوبت مائے (aqueous

humour) کہتے ہیں۔ یہ ایک صاف آبی سیال

جس کا افزائش مرحلہ سے ہوتا ہے جو زوائد صبیہ

(ciliary processes) کو اور قرصیہ کی پچھلی سطح

کو ڈسا کھتا ہے۔ یہ افزائش پہلے خزانہ مؤخر میں جاتا ہے

پھر ٹٹلی کی راہ سے گزر کر خزانہ مقدم میں پہنچتا ہے

اور رباط ٹٹلی (ligamentum pectinatum)

کی فضاؤں (فائٹا کی فضاؤں) اور قتالی تسلیم

(Schlemm's canal) کی راہ سے آنکھ سے خارج ہو کر مقدم ہڈی وریہوں

میں داخل ہو جاتا ہے۔ ایک حصہ قرصیہ کی لمفی



شکل ۱۷۶۔ کرہ چشم کے اگلے حصے

کی ترسیمی تراش۔

۱۔ بالائی ملتہمی تاج۔ ۲۔ زیریں

ملتہمی تاج۔ ۳۔ خزانہ مقدم۔

۴۔ خزانہ مؤخر۔

۵۔ رباط ٹٹلی (ligamentum pectinatum)

۶۔ فضاؤں (فائٹا کی فضاؤں) اور قتالی تسلیم

(Schlemm's canal) کی راہ سے آنکھ سے خارج ہو کر مقدم ہڈی وریہوں

میں داخل ہو جاتا ہے۔ ایک حصہ قرصیہ کی لمفی



فضاؤں میں جا کر وہاں سے فوق المشیمی لٹنی فضا (suprachoroidal lymph space) میں داخل ہو جاتا ہے۔

مؤخر لٹنی گزرگا ہیں (posterior lymph spaces) زجاجیہ کی زجاجی قنال (hyaloid canal) اور فوق المشیمی (شیمیہ اور صلبیہ کے درمیان کی) فضا پر مشتمل ہیں، اور اُردہ دُوارہ (venæ vorticosæ) کے ساتھ فضا کے ٹینن (Tenon's space) سے رابطہ رکھتی ہیں۔

زرق الماء یا گلاکوما (Glaucoma) آنکھ کا ایک اہم اور عام مرض ہے۔ اس کی مخصوص اور متمیز امارت (sign) درون چشمی تناؤ (intra-ocular tension) کی زیادتی ہے۔

اقسام - (۱) اولی (primary) 'جب یہ ملاکسی سابقہ عینی مرض کے واقع ہو۔' (۲) ثانوی (secondary) 'جب یہ آنکھ کے کسی سابق الوجود (pre-existing) مرض کے بعد اور اُس کے نتیجہ کے طور پر واقع ہو۔'

اولی گلاکوما (primary glaucoma) دو شکلوں میں پائا جاتا ہے: (۱) التهابی یا استلائی (inflammatory or congestive) اور غیر التهابی یا غیر استلائی (non-inflammatory or non-congestive) جسے عموماً سادہ (simple) بھی کہتے ہیں۔

التهابی قسم پھر (۱) حاد (acute) اور (۲) مزمن (chronic) میں تقسیم کی جاتی ہے۔

اولی گلاکوما کی سریری اقسام کے اختلافات دو امور پر مبنی ہیں: اول یہ کہ درون چشمی دباؤ کی زیادتی کس سرعت (رفتار) سے ہوتی ہے، دوم یہ کہ



یہ زیادتی کس بلندی (حد) تک پہنچتی ہے۔ چنانچہ جب تناؤ کی زیادتی تیزی کے ساتھ ہوتی ہے تو التهابی قسم پیدا ہو جاتی ہے، لیکن جب تناؤ بتدریج بڑھتا ہے تو کمرہ چشم ایک حد تک خود کو ان متغیر حالات کے موافق بنا لیتا ہے اور بائوجہ التهاب یا امٹلا کے علامات موجود نہیں ہوتے یا نہایت ہی خفیف طور پر نمایاں ہوتے ہیں۔ ایسی حالت میں مرض کو سادہ (غیر التهابی non-

inflammatory یا غیر امٹلانی non-congestive)

گلاکوما کہتے ہیں۔ یہ قسم اپنے ممر کے لحاظ سے ہمیشہ مزمن ہوتی ہے۔

گلاکوما کی تمام قسمیں دوران مرض میں نہایت متغیر (remissions) یا وقفے (intermissions) پیش کرتی ہیں۔

## حاد امٹلانی گلاکوما

(ACUTE CONGESTIVE GLAUCOMA)

علامات۔ گلاکوما ایک ایسی سریری تصویر پیش کرتا ہے جو مرض کی قسم کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے، اور جس کا انحصار مرض کے ناگہانی آغاز پر، اُس کی مدت پر، اور امٹلانی علامات کی موجودگی یا عدم موجودگی پر ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے اس کی جماعت بندی حاد اور مزمن امٹلانی یا التهابی حالتوں

(acute and chronic congestive or inflammatory cases) کی حیثیت سے کی گئی ہے۔ اس کی مختلف سریری قسموں کے درمیان

ہمیشہ کوئی واضح خط فاصل قائم کرنا ممکن نہیں ہوتا، اور سادہ گلاکوما کسی وقت بھی حاد یا مزمن امٹلانی قسم میں متغیر ہو سکتا ہے۔

اس عارضہ کو تین درجوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے: (۱) درجہ مندرہ





شکل ۱۸۰ — حاد امتلائی گلاکوما (Acute congestive glaucoma)



شکل ۱۸۱ — مزمن گلاکوما میں قعر چشم  
(Fundus in chronic glaucoma)







(active glaucoma) (۲) (prodromal stage) ناعلی گلاکوما کا درجہ - ان میں ہم ایک چوتھا درجہ بھی شامل کر سکتے ہیں، یعنی درجہ انحطاط (stage of degeneration)

درجہ مندرہ (Prodromal Stage) - یہ درجہ بیشتر مثالوں میں موجود ہوتا ہے لیکن بعض اوقات یہ نہیں بھی ہوتا۔ اس میں بصارت میں کمی قدر کمی ہو جاتی ہے، یعنی نظر کے سامنے گہر جیسا دھندلا پن معلوم ہوتا ہے۔ چراغوں کے گرد قوس قزح کے رنگوں کا حلقہ نظر آتا ہے۔ غور سے معائنہ کیا جائے تو قرنیہ، بالخصوص اُس کے مرکز میں، کمی قدر ابراؤد (دھندلا) معلوم ہوگا۔ یہ حالت (اُرمیا) ہی مندرجہ بالا علامات کا سبب ہے۔ آنکھ میں درد سر میں گرانی یا خفیف درد کا احساس ہوتا ہے۔ خزانہ مقدم کی گہرائی کمی قدر کم، اور پستی قدرے پھیلی ہوئی، اکثر بیضوی، اور ردِ عمل (تعال) میں سُست ہوتی ہے۔ گرہ چشم کا تناؤ زیادہ ہوتا ہے۔ اکثر خفیف سا گرد قرنیہی اشراب (circumcorneal injection) موجود ہوتا ہے۔

یہ علامات چند گھنٹوں تک جاری رہ کر پھر بالکل غائب ہو جاتے ہیں۔ اب آنکھ اپنی طبعی حالت پر عود کر آتی ہے، بجز اس کے کہ اُس کی طاقت توفیق (accommodation) میں کمی قدر کی ہو جاتی ہے، جس کی وجہ سے مریض کو ایسی عینک استعمال کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جو اُس کی عمر کے قدرتی شیشوں کے مقابلہ میں زیادہ طاقت کی ہوتی ہے۔ اسی واسطے جب کسی حالت میں شوخی بصر (presbyopia) (شیب نظری) کی سرِ بیع زیادتی پائی جائے تو اس سے ہمیشہ گلاکوما کا شبہ پیدا ہونا چاہئے۔ ممکن ہے کہ مندرجہ ذیل اسباب محرک



حملہ مرض شروع ہو جائے، بیخوابی، ہجوم افکار و پریشانی، ادباشی، ناکافی غذا، کوئی ایسی حالت جو وریڈی امپلا (venous congestion) پیدا کر دے، اور بعض اوقات خوب سیر ہو کر کھانے، بد ہضمی، یا ایٹروپین کے مقامی استعمال سے بھی اس مرض کا حملہ ہو جاتا ہے۔ شاید منید سے اس میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ شروع شروع میں ممکن ہے کہ مرض کے حملے (دورے) ہفتوں یا مہینوں کے وقفوں سے ہو اکریں، لیکن جلد ہی وہ بکثرت اور بار بار ہونے لگتے ہیں۔

کبھی یہ درجہ غیر موجود بھی ہو سکتا ہے، یا ہفتوں یا مہینوں، بلکہ بعض اوقات سالہا سال تک جاری رہ سکتا ہے۔ پھر یکایک مرض دوسرے درجہ میں آ جاتا ہے۔  
**حاد گلاکوما کا درجہ (Stage of Acute Glaucoma)۔** اس درجہ کا متمیز خاصہ اس کا ناگہانی آغاز ہے، جس کا سبب انھیں اسباب محرکہ میں سے کوئی ایک ہو سکتا ہے کہ جو حملہ مندرہ (prodromal attack) پیدا کر دیتے ہیں۔ بصارت بہت جلد ناکارہ ہو جاتی ہے، استبصاری میدان (visual field) تنگ ہو جاتا ہے، بالخصوص انفی جانب پر (شکل ۱۸۲) اور آنکھ میں شدید درد ہوتا ہے، جو پانچویں عصب کی شاخوں پر متشعق (radiating) ہو کر سخت درد سر پیدا کر دیتا ہے۔ یہ درد بعض اوقات اس قدر شدید ہوتا ہے کہ اس سے متلی، قے، عام پستی، اور حتمی اختلالات (febrile disturbances) رونما ہو جاتے ہیں، جن کی وجہ سے ایسے حملوں پر صفراوی حملوں (bilious attacks) کا مفاطلہ ہو گیا ہے۔

معروضی امتحان (objective examination) سے تناؤ کی نمایاں زیادتی ظاہر ہوتی ہے۔ قرنیہ ابرا لوریا بھاپ دار (steamy) یعنی (دھندلایا کھریلا) معلوم ہوتا ہے (بوجہ اُذیما)، اکثر منقطعتاً (punctate



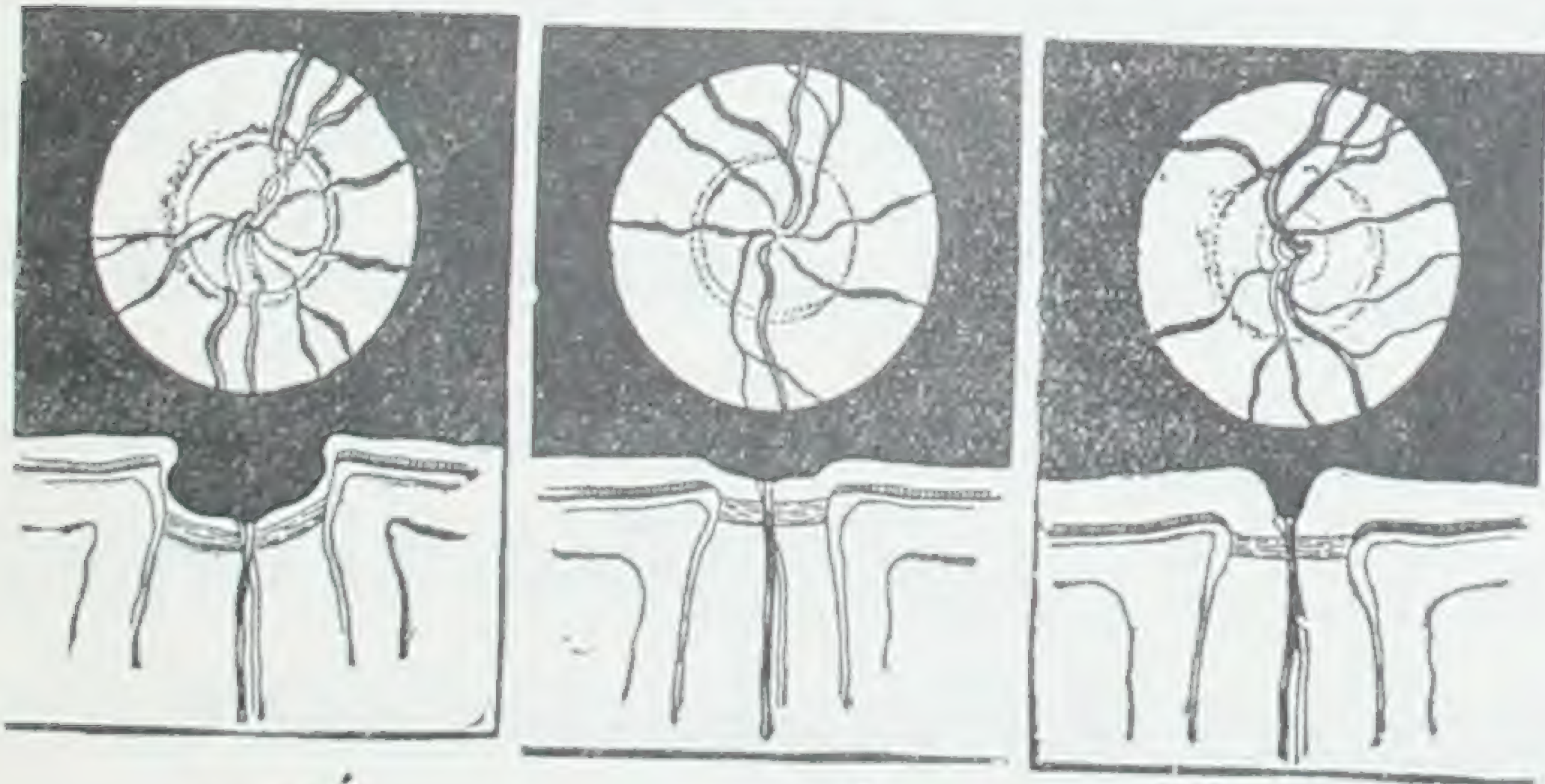
(opacities) پیش کرتا ہے، اور (عصبی رشتوں پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے) بے حس ہوتا ہے۔ ایک گہرے سرخ رنگ گرد قرنیاتی اثر (circumcorneal injection) موجود ہوتا ہے، اور برصیاتی وریڈا (episcleral veins) ابھری اور نمایاں ہوتی ہیں (شکل ۱۸۰ - صفحہ ۱۶)۔ پتلی پھیلی ہوئی، بیضوی، اور غیر متحرک ہوتی ہے، اور ایک سبز مسکوسہ پیش کرتی ہے۔ قرنیہ (iris) متلی، بد رنگا اور پھیکے رنگ کا (dull) ہوتا ہے۔ خزانہ مقدم کم گہرا، اور مائیہ (aqueous) بعض اوقات گدلا ہوتا ہے۔ عدسہ اور قرنیہ کا محیط پیچھے سے دھکیلے جانے کی وجہ سے آگے کی طرف بڑھ جاتے ہیں۔ پیوٹے متورم اور اذیمائی ہوتے ہیں۔ یعنی ملتحمہ (ocular conjunctiva) نمایاں طور پر متلی اور تھبھی (chemotic) ہوتا ہے۔ وسائٹ (media) کے دھندلے پن کی وجہ سے چشم بین سے قعر چشم (fundus) کی تفصیلات نظر نہیں آسکتیں۔

215 بہت سی حالتوں میں چند دنوں یا ہفتوں کے دوران میں یقینی افاقہ پایا جاتا ہے۔ پیوٹوں اور ملتحمہ کا امتلا اور اذیمائے غائب ہو کر قرنیہ صاف ہو جاتا ہے، اور بصارت بہتر ہو جاتی ہے۔ لیکن آنکھ کامل طبعی حالت پر عود نہیں کرتی۔ بلکہ ایک ایسی حالت میں رہ جاتی ہے جس کو گلا کومائی حالت (glaucomatous state) کہتے ہیں۔ بصارت اُس قدر تیز نہیں ہوتی جس قدر کہ وہ حملہ مرض سے پہلے تھی، اور اکثر استبصاری میدان (visual field) کی قدر رنگ (شکرا ہوا) ہو جاتا ہے، بالخصوص انفی جانب پر۔ پتلی پھیلی ہوئی، بیضوی، اور سست رہتی ہے، قرنیہ کا رنگ بدل جاتا ہے، خزانہ مقدم کم گہرا، اور تناؤ بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور کم و بیش گرد قرنیاتی اثر اب بھی ہوتا ہے۔ طاقتِ توفیق (accommodation) کم ہو جاتی ہے۔



ایک مختلف المدت زمانہ سکون کے بعد دوسرا حملہ ہوتا ہے، جو پہلے حملہ سے مشابہ ہوتا ہے، اور اس کے بعد دوسرے حملے ہوتے رہتے ہیں۔ ہر حملہ کے بعد بصارت میں پہلے سے زیادہ کمی ہو جاتی ہے۔

کچھ عرصہ کے بعد تناؤ کی زیادتی عصب بصری کے قرص میں اکتہاف (excavation) پیدا کر دیتی ہے (شکل ۱۴۹)۔ یہ اکتہاف جو حلوں کے درمیان کے وقفوں میں، اُس وقت جبکہ وسائط (media) صاف ہوں، چشم بین سے



شکل ۱۴۹

شکل ۱۴۸

شکل ۱۴۷

قرص عصب بصری (Optic-Nerve Disc) کے چشم بینی مناظر اور طولی تراش۔

شکل ۱۴۷۔ طبعی قرص (Normal disc)۔ شکل ۱۴۸۔ ذبول عصب بصری

میں قرص (disc in optic-nerve atrophy)۔ شکل ۱۴۹۔ گلاکومائی اکتہاف

(glaucomatous excavation)

تمیز کیا جاسکتا ہے۔ ورقہ غریالی (lamina cribrosa) یعنی صلبیہ

(sclera) کا وہ حصہ جو عصب بصری کے ریشوں سے چھدا ہوا ہے، نہایت

نرم اور لچکدار (yielding) ہوتا ہے، اور اسی واسطے جب دروں عینی دباؤ

(intra-ocular pressure) زیادہ ہوتا ہے تو وہ عصب کے ریشوں



کے ساتھ پیچھے کو ابھرتا ہے۔ یہاں چشم بین سے ایک گہرا نشیب (گڑھا) دکھائی دیتا ہے، جس کے حاشیے ڈھلواں یا آگے کو نکلے ہوئے (steep or over-hanging) ہوتے ہیں۔ اسے گلاکوما فی پالہ یا اکٹہاف کہتے ہیں (شکل ۱۸۱، صفحہ ۱۶)۔ عروق دمویر اس اکٹہاف کے حاشیوں پر فوری خم کھاتے ہیں اور اکثر اس مقام پر ان کا سلسلہ منقطع نظر آتا ہے، مگر پھر نشیب کی تہ میں وہ کم بیش موہوم طور پر نظر آنے لگتے ہیں۔ وہ انفی جانب پر دھکیلے (ہٹے) ہوئے ہوتے ہیں وریڈیں پھولی ہوئی اور شریانیں سُکڑی ہوئی ہوتی ہیں۔ قرص کے مقام پر وریڈیں اور شریانوں میں نبضان (pulsation) پایا جاتا ہے۔ وریڈی نبضان اکثر حالتِ صحت میں دیکھا جاتا ہے، لیکن شریانی نبضان ہمیشہ امرافیاتی (pathological) ہوتا ہے اور گلاکوما کی ایک اہم علامت ہے (یہ نبضان مرضِ قلب: heart disease کی بعض قسموں میں بھی دیکھا جاتا ہے)۔ اگر یہ خود بخود نہ ہو رہا ہو تو کُرہ چشم پر خفیف سا دباؤ ڈال کر پیدا کیا جاسکتا ہے۔ عصب بصری مذبول ہو جاتا ہے، اور قرص پھیکے رنگ کا معلوم ہوتا ہے، یا آخری درجوں میں بہزی مائل یا نیلگوں ہو جاتا ہے۔ اس مقام پر مشیمیہ (choroid) کے ذبول کی وجہ سے، قرص اکثر ایک سفیدی مائل زرد حلقہ (گلاکوما فی مالہ یا حلقہ: glaucomatous halo or ring) سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔

### گلاکوما کے مطلق کا درجہ (Stage of Absolute Glaucoma)

(Glaucoma) - یکے بعد دیگرے ہر حلقہ کے ساتھ بصارت میں کمی زیادہ ہوتی جاتی ہے، یہاں تک کہ بالآخر نابینائی واقع ہو جاتی ہے۔ اب اس حالت کو گلاکوما کے مطلق (absolute glaucoma) کہتے ہیں۔ اسے تو انہابی علامت



باقی رہتے ہیں اور نہ استلائی علامات، بجز اس کے کہ گرد قرنیقی اثر اسب (circumcorneal injection) کا ایک گہرا سرخ منطوق ہوتا ہے اور برصیبیتی وریڈیں (episcleral veins) پھیلی ہوئی ہوتی ہیں۔ قرنیہ صاف یا کسی قدر ابرآلود (مکدر) رہتا ہے، اور اکثر کم و بیش بے حس ہوتا ہے۔ پتلی بہت پھیلی ہوئی اور غیر متحرک ہوتی ہے، اور اکثر ایک سبزی مائل معکوس پیش کرتی ہے۔ قزحیہ (iris) مذبول تنگ اور بھورا ہوتا ہے، اور اس کا حاشیہ گہرے سیاہ رنگ کا ہوتا ہے۔ خزانہ مقدّم کم گہرا ہوتا ہے اور تناؤ نمایاں طور پر بڑھا ہوا۔ قعر چشم قرص کا ایک گہرا اکنتاف (excavation) (گلاکوما کی حلقہ) اور عصب بصری کا ذبول (atrophy) پیش کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ دریا بکل غائب ہو جائے، مگر اکثر اوقات جاری رہتا ہے، اور مریض پر وقفوں کے ساتھ شدید حملے ہوتے رہتے ہیں۔

### درجہ انحطاط (Stage of Degeneration) - گلاکوما کے مطلق

مختلف عرصہ تک جاری رہنے کے بعد کچھ چشم میں انحطاط واقع ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ قرنیہ کم و بیش مکدر (غیر شفاف) ہو جاتا ہے، اور اکثر مملو (deposits) یا آبلوں سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ صلبیہ (sclera) باہر کو اُبھر آتا ہے، اور قرنیہ اور خط استوا کے درمیان نیلیگوں سیاہ عنبات (staphylomata) ظاہر ہوتے ہیں انفکاکِ شبکیہ (detachment of retina) اکثر واقع ہو جاتا ہے۔ عدسہ میں نزول الماء (موتیابند) ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض کو روشنی کے موضوعی احساسات (subjective sensations) ہونے لگیں۔ آخری نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ



یا تو کورہ چشم نرم ہو کر سکڑتا اور مذبول ہو جاتا ہے، یا قرنب کا تفرح (ulceration) اور اشتاب (perforation) واقع ہو جاتا ہے اور اس کے بعد التهاب قزحیہ و جسم ہدی (iridocyclitis) اور ازان بعد ذبول کورہ چشم (atrophy of the eyeball) یا التهاب کل العین (panophthalmitis) اور ضمور بصلہ (phthisis bulbi) واقع ہوتا ہے۔

گلاکوما مائے خالط (Glaucoma Fulminans) گلاکوما کی اُس نادر الوقوع قسم کا نام ہے، جس میں التهاب کے نہایت تند اور سخت علامات یکایک پیدا ہو جاتے ہیں، اور اگر معقول علاج کا انتظام نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ چند ہی گھنٹوں میں نابینائی طاری ہو جائے۔

## مزمن استلانی گلاکوما

(CHRONIC CONGESTIVE GLAUCOMA)

گلاکوما کی یہ قسم مندرجہ بالا حاد قسم کی نسبت بہت زیادہ عام ہے۔ اس کے علامات حاد قسم کے علامات سے مشابہ، لیکن نسبتہ کم شدید اور اپنے آغاز میں زیادہ تدریجی ہوتے ہیں۔ اکثر درجہ مندر (prodromal stage) بلا کسی فصل یا وقفہ کے (یعنی مسلسل) فعال گلاکوما (active glaucoma) کے درجہ میں پہنچ جاتا ہے، اور مرض کے حملے کے بعد دگرے نہیں ہوتے۔ برصابتی وریدی (episcleral veins) نہایت نمایاں ہوتی ہیں، جس کی وجہ سے عینی ملتحمہ (ocular conjunctiva) ممتلی اور کستیدہ دھندلا ہوتا ہے۔ ایک گہرے سرخ رنگ کا گرد قرینتی اشراب



(circumcorneal injection) موجود ہوتا ہے، قرنبہ کھریلا (steamy) (دھندلا) اور کم و بیش بحسب اور خزانہ مقدم کم گہرا ہوتا ہے۔ عدسہ اور قرنبہ آگے کو ہٹے ہوئے ہوتے ہیں۔ پتلی پھیلی ہوئی، بیضوی اور استوار (rigid) ہوتی ہے، اسے ایک بد رنگ تنگ اور ذبولی قرنبہ گھیرے ہوئے ہوتا ہے، اور وہ سبزی مائل معکوسہ پیش کرتی ہے۔ درد موجود ہوتا ہے مگر یہ اتنا شدید نہیں ہوتا جتنا کہ حاد قسم میں ہوتا ہے۔ بصارت بتدریج زائل ہو جاتی ہے، اور استبصاری میدان رفتہ رفتہ محدود ہوتا جاتا ہے، بالخصوص انفی جانب پر۔ اس مرض کے کافی طویل عرصہ تک جاری رہنے کے بعد چشم بین سے قعر چشم میں ہی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں جو حاد حالتوں میں پائے جاتے ہیں۔

مزمن قسم کا انجام بھی وہی ہوتا ہے جو حاد قسم کا ہوتا ہے: یعنی گلاکوما مطلق (absolute glaucoma) اور بالآخر کُرہ چشم کا انحطاط۔ بہت سی حالتوں میں الہتابی گلاکوما کی حاد اور مزمن صورتوں کے درمیان کوئی بین حد فاصل قائم نہیں کی جاسکتی۔

## سادہ گلاکوما

218

(SIMPLE GLAUCOMA)

سادہ گلاکوما (مزمن غیر الہتابی گلاکوما - chronic non-inflam-

matory glaucoma) میں کوئی نمایاں بیرونی علامت موجود نہیں ہوتی:

الہتابی حملے ہوتے ہیں اور نہ درد۔

تناؤ کی زیادتی نوٹ کر کے چشم بین کے ذریعہ قعر چشم کا مخصوص منظر



دیکھ کر، اور استبصاری میدانوں کی کاغذی ترسیم (charting the visual fields) تیار کر کے مرض کی تشخیص قائم کی جاتی ہے۔

اس قسم کا گلاکوما نہایت تدریجی طور پر نمودار ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ کچھ عرصہ سے موجود رہا ہو اور مریض کو خبر بھی نہ ہو کہ کوئی غیر معمولی حالت پیدا ہو گئی ہے۔ ممکن ہے کہ آنکھ باہر سے بالکل طبعی معلوم ہو، یا اس میں خفیف سا گرد قرینتی اشراب موجود ہو اور بر صلبیتی و ریدی میں متوسط طور پر پھیلی ہوئی ہوں۔ پتلی خفیف طور پر یا اچھی خاصی پھیلی ہوئی اور نسبت (بطی الفعل) ہوتی ہے۔ تناؤ بڑھا ہوا ہوتا ہے، اکثر معتدل طور پر۔ بعض اوقات تناؤ کی یہ زیادتی مستمر (قائم) نہیں رہتی۔ کچھ عرصہ تک مرض کے جاری رہنے کے بعد چشم بینی سے گلاکوما (glaucomatous excavation) (شکل ۱۷۹، ۱۸۱ و ۱۸۲ صفحہ ۱۶) عصب بصری کا ذبول اور مشیمی ذبول کا گرد حدقی حلقہ (circumpupillary ring) نظر آتا ہے، اور اس تغیر کے درجہ کا انحصار مرضی عمل کی مدت پر ہوتا ہے۔

ایسے زیادہ بھی ہو سکتے ہیں جن میں مریض کو اسی طرح کے علامات کی شکایت ہوتی ہے جیسے کہ درجہ مندرہ (prodromal stage) میں پائے جاتے ہیں: بصارت کا دھندلا پن، مصنوعی روشنیوں کے گرد رنگین ہالے، اور توفیق (accommodation) کی کمی۔ بصارت کا بتدریج کم ہونا، قبل از وقت شیوخی بصر (presbyopia) (شیب نظری) اور استبصاری میدان کا ترقی پذیر انقباض (سکڑنا) بالخصوص انقی جانب پر۔ میدان بصارت میں سب سے پہلے واقع ہونے والا نقص عموماً نقطہ کور (blind spot) کی کلانی ہے، اور یہ عام طور پر ایک



پر نما پھیلاؤ کی طرح اوپر یا نیچے یا دونوں رخوں میں بڑھتا رہتا ہے  
(امارت سیڈیل : Seidel's sign) - جیسے جیسے یہ تیرہ یا ظلمہ  
(scotoma) بڑھتا ہے [اُن عصبی ریشیوں کے ترقی پذیر ذبول کے باعث  
جو نقطہ (macula) سے اوپر یا نیچے عصب بصری سے نکل کر باہر کی طرف  
خم کھاتے ہیں] یہ درانتی کی شکل کا ہوتا جاتا ہے، اور اسے امارت بیروم  
(Bjerrum's sign) کہتے ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ ایک چوڑا حلقہ نما  
ظلمہ (ring scotoma) بن جائے۔ ظلمے علحدہ علحدہ بھی ہو سکتے ہیں۔

کچھ عرصہ بعد میدان بصریت کا انقباض واقع ہوتا ہے، اور یہ  
انقباض افقی خط نصف النہار سے نیچے کی نسبت اُس کے اوپر اکثر زیادہ  
بڑا ہوتا ہے، یا اس کے عکس ہوتا ہے۔ اس طرح ایک نوکدار نقص پیدا  
ہو جاتا ہے، جو ایک زاویہ قائمہ بناتا ہے، جس کا ایک ضلع افقی خط نصف  
النہار کے متناظر ہوتا ہے۔ اس کو روٹنی کا انفی زینہ (Roenne's nasal

219

step) کہتے ہیں۔ مرکزی بصریت سب سے آخر میں مفقود ہونے والا حصہ  
ہے۔ ممکن ہے کہ مریض میں پڑھنے کی قابلیت تو ہو مگر اُس کا استقبالی میدان  
بہت سُکڑا ہوا ہو۔

سادہ گلاکوما کا ممر نہایت غیر محسوس ہوتا ہے، اور اُس کی مدت  
سالہا سال ہے۔ اگر روک تھام نہ کی جائے تو اُس کا اختتام نابینائی ہے  
بعض اوقات مرض کی یہ قسم بتدریج بدل کر مزمن الہتابی صورت  
(chronic inflammatory type) اختیار کر لیتی ہے، اور پھر اسی  
کے مدارج طے کرتی ہے۔

بحث اسباب - گلاکوما سن رسیدہ زندگی کا مرض ہے، جو

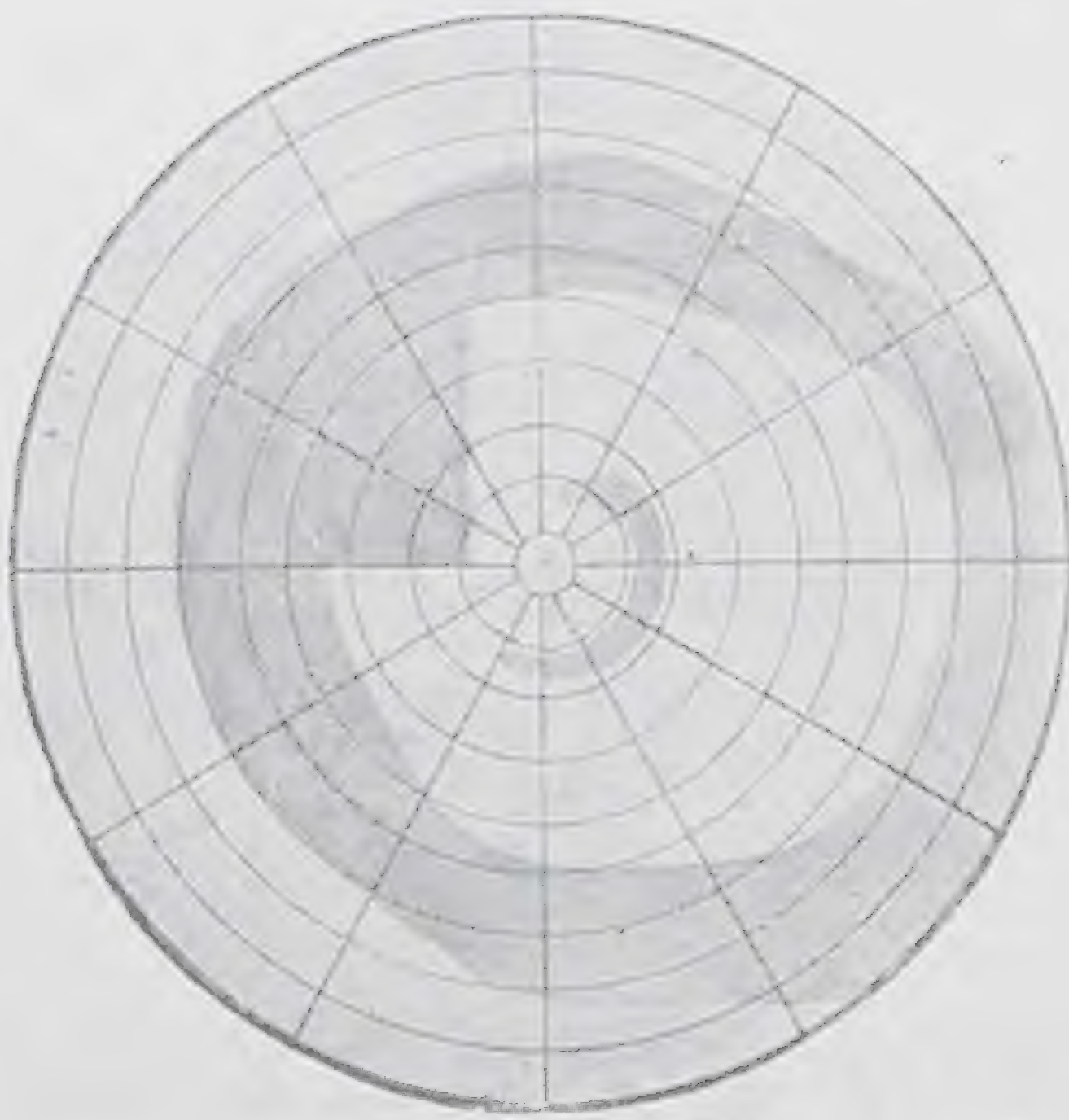
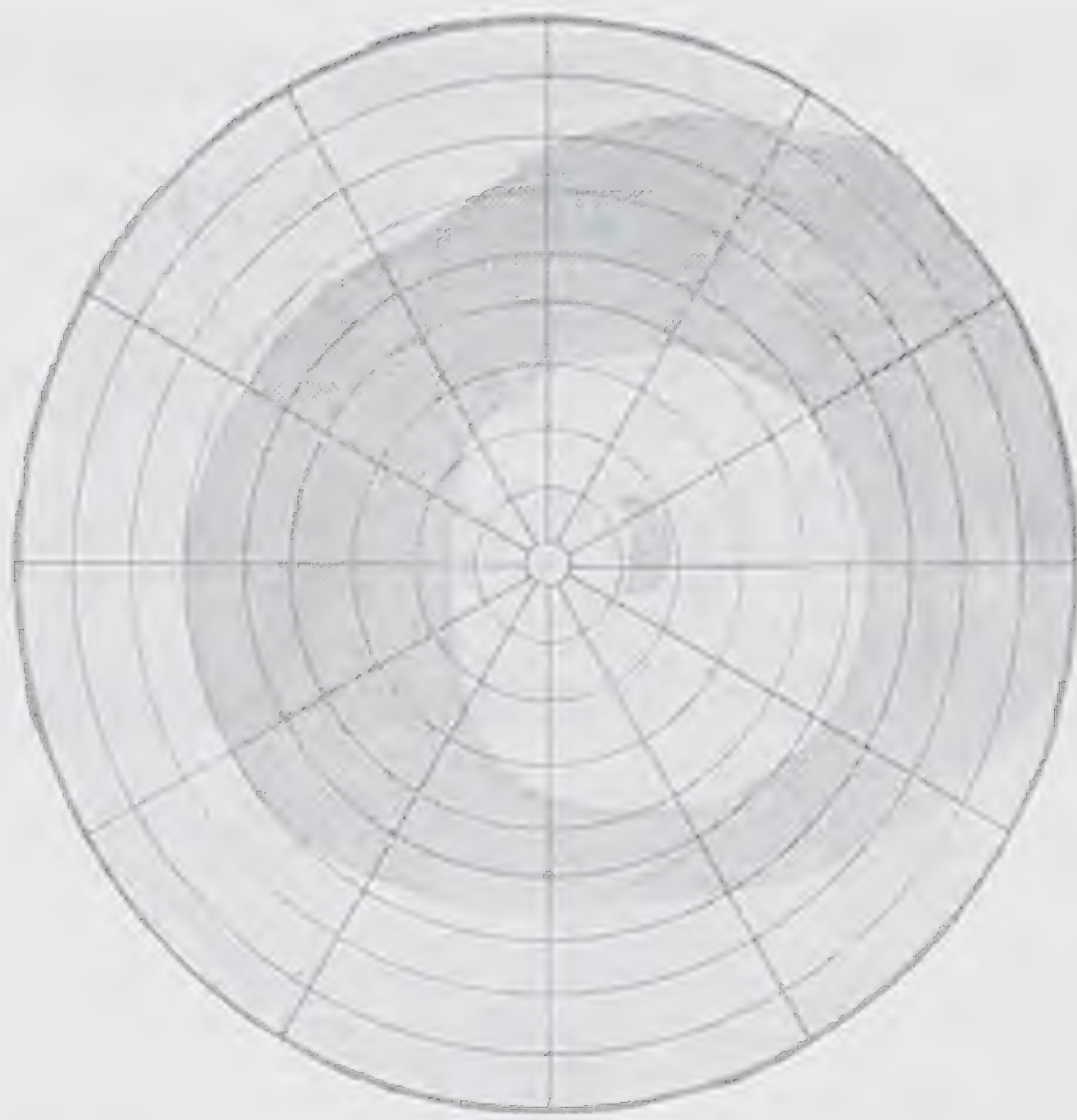


عموماً چالیس سال کی عمر کے بعد  
اور اس سے پہلے ساز ہی ہوتا  
ہی۔ استلا (congestive)  
یا التهابی (inflamma-  
tory) قسم بہ نسبت مردوں  
کے عورتوں کو زیادہ اکثر  
کرتی ہے، لیکن سادہ قسم  
دونوں صنفوں میں مساوی طور پر  
ہوتی ہے۔ عموماً دونوں آنکھیں  
بتلا ہوتی ہیں، اور دوسری  
آنکھ پہلی آنکھ کی ماؤفیت  
کے مہینوں بعد یا کئی سال  
بعد متاثر ہوتی ہے۔

گلاکوما کا سبب نامعلوم  
ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہودیوں  
میں اس مرض میں بتلا

ہو جانے کا رجحان دوسروں  
کی نسبت زیادہ ہے۔ توارث  
(heredity) کی سرگزشت

اکثر اوقات پائی جاتی ہے۔  
صلابت شریانی، مرض قلب،



شکل ۱۸۲۔ گلاکوما میں میدان بصارت۔

اوپر کی شکل محیطی انقباض ظاہر کرتی ہے، بالخصوص انقباض جانبی

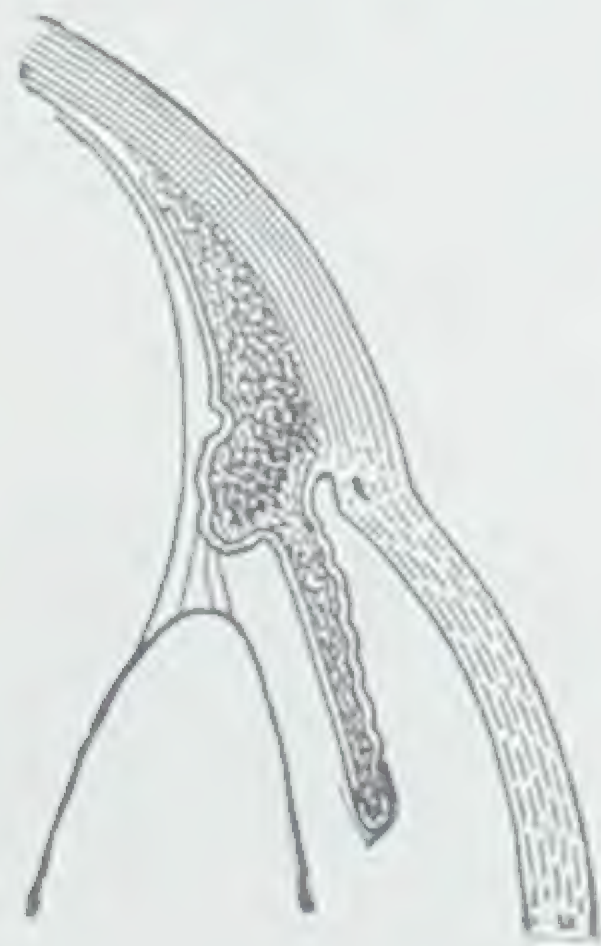
نیز آمارت سیدیل (Seidel's sign)۔ نیچے کی تصویر سے

محیطی انقباض روئی کا انقباض زینہ (Roenne's nasal

step) اور آمارت قوم (Bjerrum's sign) ظاہر ہوتے ہیں۔



مزمن قبض، نقرسی اور روماتزمی مزاج اسباب مُعدہ (predis-  
posing factors) ہیں۔ طویل النظر (hypermetropic) آنکھوں  
میں گلاکوما کا رجحان موجود ہوتا ہے (مگر قصیر النظر: myopic آنکھوں میں  
اس مرض کی استعداد نسبتاً بہت کم ہوتی ہے)۔ اسی طرح چھوٹے کرات چشم  
میں اور ان میں جن کا قرنیہ چھوٹا ہو گلاکوما کا میلان پایا جاتا ہے۔ اسباب محرکہ  
(exciting causes) حسب ذیل ہیں: جذبات، بالخصوص پستی پیدا



شکل ۱۸۴۔ خزانہ مقدم کا زاویہ،  
گلاکوما کے تازہ التهاب میں۔

شکل ۱۸۳۔ خزانہ مقدم کا زاویہ،  
طبعی آنکھ میں۔

کرنے والے جذبات، بخوابی، ہجوم افکار، آئروپین کا غیر دانشمندانہ استعمال،  
ناقص البصر (ametropic) آنکھوں کا حد سے زیادہ استعمال، ناکافی غذا،  
بدہضمی، اوباشی، مختلف حمیات (fevers)، بالخصوص انفلوئنزا، اور  
ایسی کوئی حالت جو وریدی امتلا (venous congestion) پیدا کرے۔  
امراضیات۔ ابتدائی درجہ میں قرنیہ کا اُڈیا، اور قرص  
(آئرس) اور حیم ہدبی (سیلیری باڈی) کا امتلا اور ورم موجود ہوتا ہے۔



قرنیہ کی جڑ اور جسم ہدبی کا اگلا حصہ آگے کھینچ کر صلبیہ قرنیہ (sclero-cornea) کے اقتراب میں (پہلو بہ پہلو) آجاتے ہیں۔ بعد کے درجوں میں آنکھ کے ہر حصے میں انحطاطی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں: قرنیہ کی عمیق تر تہوں میں اور قنال شلیم (Schlemm's canal) کے آس پاس گول خلیوں کی درریش ہوتی ہے۔ بافتی خلیات کے تھکاڑے متعلقہ رشتہ (organized exudate) بن کر محیطی التصاق قرنیہ (peripheral synechiae) پیدا ہو جاتے ہیں، جس سے قرنیہ کی جڑ اور خزانہ مقدم کے فرش اور بیرونی دیوار کے درمیان سخت انضمام (چپکاؤ) واقع ہو جاتا ہے۔ رباط مشطی (pectinate ligament) کا زجاجی انحطاط (hyalinization) اور قرنیہ کا انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ قنال شلیم تقریباً محو اور نابود ہو جاتی ہے۔ قرنیہ، جسم ہدبی اور مشیمیہ مذبول ہو جاتے ہیں۔ عروق دمویہ کی عمومی صلابت پائی جاتی ہے، اور متعدد نزفات بھی ہوتے ہیں۔ عدسہ نزولی (موتیا بند سے ماؤف) اور صلبیہ دبیر ہو جاتا ہے اور اس میں شحمی انحطاط واقع ہوتا ہے صفحہ غربا (cribriform plate) پر رباؤ پڑنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ راس عصب میں اکتاف (گڑھا) ہو جاتا ہے شبکیہ کی عصب ریشی تہ اور عتدی خلوی تہ تقریباً بالکل مذبول ہو جاتی ہے اور اس کی جگہ سریشی اور اتصالی بافت کی بیش پرورش سے پُر ہو جاتی ہے۔

پیدائش مرض (Pathogenesis) - گلاکوما کے تمام علامات

کی توجہ درون چشمی دباؤ (intra-ocular pressure) کی زیادتی کی بناء پر کی جاسکتی ہے۔ لیکن اس امر کے متعلق کہ آخر اس زیادتی کا اصلی



کیا ہے، کوئی عام اتفاق رائے موجود نہیں ہے۔ دروں چشمی سیالات  
 کا افراز آنکھ کے زجاجی خزانہ میں ہونے کے بعد وہ عدسہ کے گرد ہوتے ہوئے  
 پتلی میں سے گزر کر خزانہ مقدم میں آتے ہیں، پھر زاویہ قرز (iris angle)  
 میں پہنچ کر وہاں سے ان کا اخراج قنات شکیم کے اندر ہوتا ہے۔ شاید  
 اس اخراج میں کوئی مزاحمت واقع ہو جانے کی وجہ سے گلاکوما کا مرض پیدا  
 ہو جاتا ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ دروں یعنی مائع کے باہر نکلنے میں  
 یہ مزاحمت خزانہ مقدم کے زاویہ (زاویہ قرز) میں واقع ہوتی ہے۔  
 یقین کیا جاتا ہے کہ متلی اور متورم زوائد (ciliary processes)  
 قرزہ کے محیطی حصے کو صلیبی قرینتی اتصال (رباط مشلی ligamentum  
 pectinatum) پر دبا دیتے ہیں اور اس دباؤ کی وجہ سے یہ زاویہ محو ہو جاتا  
 ہے۔ ازاں بعد غشائے ڈیسمیٹ کے در علمہ اور قرزہ کے در علمہ کے  
 یکساثر کی وجہ سے ان مقابل سطحوں کے درمیان ایک انضمامی التهاب  
 (adhesive inflammation) رونما ہو جاتا ہے۔ جیسا کہ اوپر بیان  
 کیا گیا ہے، یہ زاویہ قرزہ دروں چشمی سیالات کے اخراج کے لئے ایک  
 خاص مخرج ہے، اور جب یہ مسدود ہو جاتا ہے تو سیالات کا احتباس  
 واقع ہوتا ہے۔ گمان کیا جاتا ہے کہ اس میں ایک اور جیسی عامل مدد ہوتا  
 ہے، اور وہ گلاکوما کی استعداد سابقہ رکھنے والی آنکھوں میں گہرے  
 فضا کا تنگ ہو جانا ہے (یہ فضا عدسہ کے حاشیہ اور  
 جسم بدبی کے درمیان ہوتی ہے)۔ اس لف کے لئے جو مشیمہ  
 (choroid) سے افراز پاتا ہے، نیز جسم بدبی سے افراز پائے ہوئے  
 لف کے ایک حصہ کے لئے، یہ رقبہ ایک گذر گاہ کا کام دیتا ہے۔



بڑھتی ہوئی عمر کے ساتھ عدسہ کی حسامت کی زیادتی سے، اور دراز نظریہ اشخاص (hypermetropes) میں جسم ہدبی کی مقابلتہ بڑی حسامت اور کڑھ چشم کی فی الجملہ نسبتہ چھوٹی حسامت کی وجہ سے اس رقبہ میں خلط اور مزاحمت پیدا ہو جاتی ہے۔ زجاجیہ اور مائیہ کے خزانوں کے درمیان کے ربط و ارتباط میں اس تسدو (obstruction) سے وریدی امتلا

(venous congestion) پیدا ہو جائے گا، اور ازاں بعد جسم ہدبی کا ورم اور زجاجیہ کا کشش تمدد (overdistension) واقع ہو کر نتیجہ یہ ہوگا کہ قزحیہ کا محیطی حصہ صلبیتی قرینتی اتصال پر دھکیلا جائیگا، اور اس طرح سے زاویہ قزحیہ (iris angle) بند ہو جائے گا۔ غالباً بعض حالتوں میں زجاجیہ کا اولی ورم خاص سبب عامل ہوتا ہے۔ ڈیوگ ایڈر (Duke-Elder) کی رائے ہے کہ یہ راست خون کے طبعی اور کیمیائی تغیرات کی وجہ سے نہیں، بلکہ اغلباً خود زجاجیہ کے اندر ناقص تحول (faulty metabolism) ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے لیکن گلاکوما کی پیدائش کی

کوئی توجیہ ایسی نہیں جو اس مرض کی تمام قسموں پر تشفی بخش طریقہ سے منطبق ہو سکے۔ غالباً یہ سب قسمیں ایک ہی طریقہ سے نہیں پیدا ہوتیں۔

**تفریقی تشخیص**۔ گلاکوما کی الہابی (inflammatory) قسم پر

الہاب قزحیہ (iritis) اور الہاب ملتحمہ (conjunctivitis) کا مفا

ہوا ہے۔ ایسے اصابات میں آیروپن استعمال کرنے سے نہایت سخت

نقصان پہنچتا ہے پھیلی ہوئی پتلی، تناؤ کی زیادتی، قرنبہ کا تکرر

(دھندلا پن)، اور اس کے ساتھ موضوعی علامات یہ سب تفریق مرض



کے لئے کافی ہیں (ملاحظہ ہوں صفحہ 176 پر کی جدولیں)۔ (بعض اوقات) مخصوص بصری مائل عدسی معکوسہ (pupillary reflex) کو متاثر کر دینا یا بند کر دینا کر لیا گیا ہے، اور اس طرح اس مفروضہ عدسی تغیر کی پختگی کے انتظار میں قیمتی وقت ضائع کر دیا گیا ہے۔ (بعض اوقات یہ بھی ہوا ہے کہ) حادثہ التوّل میں، شدید درد اور عام ہنسی علامات نے عام معالجہ کرنے والے طبیعے کو غلط راستہ پر ڈال دیا ہے اور ان علامات کی بنا پر ٹھیک اس وقت جبکہ سرگرمی کے ساتھ یعنی علاج کی فوری ضرورت تھی، کسی عمومی حموی مرض (general febrile disease) کی تشخیص کر لی گئی ہے۔

بعض اوقات سادہ گلاکوما کو غلطی سے عصب بصری کا اولی ذبول (primary optic nerve atrophy) سمجھ لیا جاتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں تناؤ کی زیادتی نہوگی، قرص کا الٹراف (excavation) کم گہرا اور بتدریج ہوتا ہے (شکل ۱۷۸، نیز صفحات ۱۶ و ۲۴)، مرکزی بصارت میں نسبت زیادہ کمی ہونے کا رجحان ہوتا ہے، اور شکلی میدانِ بصارت (form-fields) میں زیادہ یکساں تنگی ہوتی ہے، اور لونی میدانِ بصارت (colour-fields) میں نسبت زیادہ جھیلی نقصان پایا جاتا ہے لیکن ایسی مثالیں بھی ملتی ہیں جن میں ان دونوں عوارض کے درمیان تفریق تشخیص آسان نہیں ہوتی۔



**انذار (Prognosis)** - اگر بلا تاخیر معقول علاج نہ کیا جائے تو اندازہ ہر حالت میں خراب ہوتا ہے۔ بصارت کم یا زیادہ تیزی کے ساتھ، لیکن ترقی پذیر طور پر، خراب سے خراب تر ہوتی جاتی ہے، یہاں تک کہ اس کا نتیجہ کامل نابینائی ہوتا ہے۔ صحیح علاج کیا جائے تو اندازہ زیادہ امید افزا ہو سکتا ہے۔ مرض بیشتر حالتوں میں روکا جاسکتا ہے، اور مریض کی جو کچھ بصارت باقی ہے وہ برقرار رہ سکتی ہے۔

**گلاکوما کا علاج** - یہ (۱) عملیتی (operative) 'غیر عملیتی (non-operative)' اور عمومی (general) ہو سکتا ہے۔ زیر علاج مریض کا علاج مرض کی قسم کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ عموماً عملیہ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، مگر بعض اوقات، جبکہ ایک بوڑھے آدمی میں مرض خفیف اور مزمن حالت میں ہو، قابضات حدقہ (miotics) استعمال کر کے مریض کی حالت پر احتیاط کے ساتھ نگرانی رکھی جائے تو ممکن ہے کہ مرض کی مستقلاً روک تھام ہو سکے اور ایسی حالت میں یہ عملیہ سے زیادہ پسندیدہ طریقہ ہے۔

**حادا متلائی گلاکوما (acute congestive glaucoma)** میں اگر مندرجہ ذیل غیر عملیتی تدابیر چند گھنٹوں میں نساؤ اور امتلا کو کم کرنے میں ناکام ثابت ہوں تو قزحیہ براری (iridectomy) (یعنی قزحیہ کے ایک حصہ کو کاٹ کر خارج کر دینے) کا عملیہ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر آنکھ پر علاج کا مفید اثر ظاہر ہو تو تقطیری ندبہ (filtering scar) بنانے کے عملیوں میں سے کوئی عملیہ بعد میں فرصت اور اطمینان سے کیا جاسکتا ہے۔



مزمن امٹلائی گلاکوما (chronic congestive glaucoma)

میں بھی اسلوب عمل یہی ہے، لیکن قزحیہ برآری کی ضرورت نسبت کم ہوا کرتی ہے، کیونکہ اکثر آنکھ علاج کا اثر قبول کر لیتی ہے۔

مزمن غیر امٹلائی گلاکوما (chronic non-congestive

glaucoma) میں، اور امٹلائی گلاکوما کی ان حالتوں میں جن میں علاج

کا مفید اثر ظاہر ہو چکا ہو، اب عموماً عملیے کئے جاتے ہیں جن کا مقصد یہ

ہوتا ہے کہ حدِ قرنیہ (لیمبس) سے ذرا ہی آگے ہٹ کر صلبیہ (sclera)

میں ایک تقطیری ندبہ پیدا کر دیا جائے۔ ہر ایسی حالت میں جس میں

استبصاری میدان کا ترقی پذیر نقصان خفیف سا بھی ہو رہا ہو، ایسا عملیہ

کردینا مناسب اور قرین مصلحت ہے اور اس میں تاخیر نہیں کرنی چاہیے۔

ان عملیات میں سب سے زیادہ مقبول الیٹ (Elliot) کا عملیہ

ہے (جس میں قرنیہ صلبیتی حاشیہ کے تر فانی عمل: trephining

کے ساتھ ایک چھوٹی سی قزحیہ برآری بھی عمل میں لائی جاتی ہے)۔ یہ اور

اسی مقصد کے دوسرے عملیے صفحہ 229 پر بیان کئے گئے ہیں۔ کبھی کبھی ان

تقطیری عملیات (filtering operations) کے بعد کُردہ چشم کی

متاخر سرایتیں واقع ہو جاتی ہیں، جن کے وقوع کا امکان اس وجہ سے

پیدا ہو جاتا ہے کہ مقامِ عملیہ پر ملتحمی تاجہ اور اندرونِ چشم کے درمیان بہت

پتلی روک (آڑ) ہوتی ہے۔ لیکن ہمارے تجربہ میں ایسی متاخر سرایتیں

نہایت نادر ہیں، اور وہ اس قسم کے عملیتی علاج کے فوائد کے مقابلہ میں

یقیناً زیادہ وزن (اہمیت) نہیں رکھتیں۔

ایک جانبی گلاکوما کی ہر ایک حالت میں مریض کو آگاہ کر دینا چاہئے کہ



عموماً دوسری آنکھ بھی ماؤف ہو جایا کرتی ہے، لہذا اس کا معائنہ کراتے رہنا چاہئے، اور تھوڑے تھوڑے وقفوں سے میدان بصارت کی کاغذی ترسیم تیار کراتے رہنا چاہئے۔ اگر مریض ماہرانہ نگرانی اور علاج کو چھوڑ کر بلا توقف کہیں دور جا رہا ہے تو اس صورت میں غیر ماؤف آنکھ پر عملیہ کر دینے کے مسئلہ پر غور کرنے کی ضرورت بھی لاحق ہو سکتی ہے۔

گلاکوما مطلق (absolute glaucoma) میں درد سے نجات دینے کے لئے علیہ انقاف (enucleation) داعیہ علاج ہے۔ ایسی حالت میں نہ تو قزحیہ برآری (iridectomy) کا اور نہ ترفانی عملیہ (trephining) کا مشورہ دینا چاہئے، کیونکہ اس میں یہ خطرہ موجود ہوتا ہے کہ ممکن ہے کہ اس گلاکوما کا سبب کوئی دروں چشمی خبیث بالیدگی (sarcoma : لحمی سلعہ) ہو۔

علاج بلا عملیہ خاص طور پر یہ ہے کہ قابضات مدقہ (miotics) 'ایسیرین سیلی سیٹ' (اپ تافنی صدی) اور پالموکارپین (اپ تافنی صدی) 'مقامی طور پر استعمال کیے جائیں۔ ان میں سے ایسیرین زیادہ قوی عمل ہے مگر زیادہ خراش پیدا کرتا ہے، بالخصوص جبکہ اسے طویل عرصہ تک استعمال کیا جائے۔ یہ محلول روزانہ دو یا تین بار، بلکہ صاوحالتوں میں ہر گھنٹے، ٹپکائے جاتے ہیں۔ ان محمولات کا عمل یہ ہے کہ یہ قزحیہ (آئرس) کو خزانہ مقدم کے زاویہ سے دور ہٹا دیتے ہیں۔ چنانچہ جب قزحیہ مذبول (atrophic) ہو چکا ہو اور ٹھکرنے کی قابلیت نہ رکھتا ہو، یا جب زاویہ قزحیہ مستقلاً مسدود ہو (اور یہ حالات گلاکوما کے پرانے بیماروں میں دیکھے جاتے ہیں) تو ان



محلولات سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔ عام طور پر یہ محض عارضی فائدہ رکھنے والی اور مخفف مرض (palliative) تدابیر ہیں، لیکن انھیں درجہ مُنذرہ (prodromal stage) میں حملہ مرض کو مختصر کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے، یا دوسرے اوقات میں اسوقت استعمال کیا جاتا ہے جبکہ کسی وجہ سے جراحی مداخلت خلاف مصلحت ہو یا جب مریض عملیہ کرانے کے لئے رضا مند نہ ہو۔ معمر مریض میں خفیف مزمن گلاکوما کی حالت میں ممکن ہے کہ ان کے دائمی استعمال سے مرض مستقلاً رُکا رہے، چنانچہ ایسی حالتوں میں انھیں عملیہ پر ترجیح دی جاتی ہے۔

حادثہ گلاکوما کی حملہ کے دوران میں ایسیرین یا پائلوکارپین بار بار ٹپکانے کے علاوہ گرم کمبکدات (hot fomentations) مسلسل استعمال کی جاتی ہیں، یا اگر برقی گرما لہ چشم (electric eye warmer) دستیاب ہو تو وہ استعمال کیا جاتا ہے۔ کینیڈی پر دو تین جونکس لگا دی جاتی ہیں مریض کو بستر پر لیٹا دیا جاتا ہے اور تخفیف درد کے لئے مورفین (morphine) استعمال کیا جاتا ہے۔ کال تسہیل (purgation) داعیہ علاج ہے۔ ایڈرینالین (adrenalin) اکثر فائدہ مند اثر رکھتا ہے۔ ثانوی گلاکوما کی حالتوں میں جن میں التهاب قزحیہ بھی ہو، لیو و گلاؤکوسان (lævoglaucosan) مفید ثابت ہوا ہے۔ ۳۰ فیصد گرم عقیقہ مالح (warm sterile saline 30%) کے ۵ تا ۱۰ اکعب سمرا وریڈی اثراب تناؤ کو عارضی طور پر کم کر دیتا اور بلند دباؤ والی آنکھ کو عملیہ کے لئے تیار کرنے کے لئے کارآمد ہوتا ہے۔ اسی مقصد سے اور تخفیف درد کے لئے حال ہی میں برقی حرارت رسائی (diathermy) کو کامیابی کے ساتھ



آزمایا گیا ہے۔

سادہ اور مزمن قسموں میں، نیز عملیہ کے بعد، کرہ چشم کی مالش کرنے سے (جو بند پیوٹوں پر آ، مستحکم کے ساتھ کی جاتی ہے) فائدہ ہو سکتا ہے۔ عمومی علاج: سکون و آرام، استعراق (پسینہ لانا) مناسب نظام غذا (dietary)، مسہلات انعطافی نقص البصر (ametropia) کی درستی، کثرت غذا و شراب اور دیر سے سونے اور دیر سے اٹھنے سے احتراز، نیند لانا (دوا وغیرہ کے ذریعہ سے)، اور گلاکوما کے دوسرے متذکرہ بالا اسباب مُعَدَّہ (predisposing causes) میں سے کوئی حالت جو موجود ہو اس کا تدارک۔

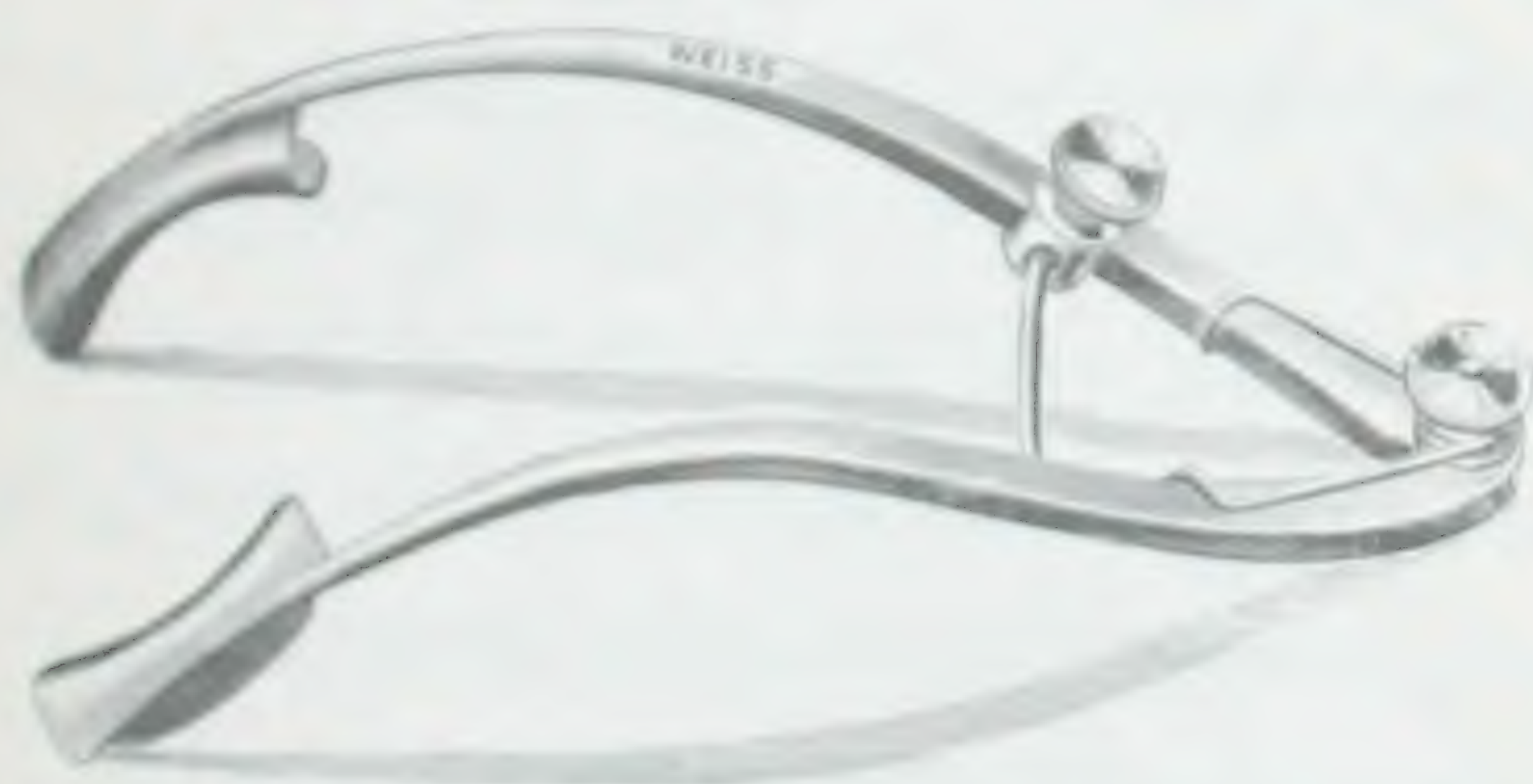
## گلاکوما کے لئے عملیات

قرص بر آری (Iridectomy) - مطلوبہ آلات حسب ذیل ہیں: منظار لعین (eye speculum) (شکل ۱۸۵)، تشبیہی کُلاب (fixation forceps) (شکل ۱۸۶)، نزول المائی گریفی حاقو (Graefe cataract knife) (شکل ۱۸۷)، خمیدہ قرصی کُلاب (curved iris forceps) (شکل ۱۸۸)، خمیدہ قرصی قینچی (curved iris scissors) (شکل ۱۸۹) یا ڈی ویکر کی قینچی (de Wecker scissors) (شکل ۲۱۰)، اور ایک قرصی آلہ تو فیع (iris repositor) (شکل ۲۰۸)۔

سادہ گلاکوما کی حالتوں میں، اور املائی گلاکوما (congestive glaucoma) کی بعض حالتوں میں کوکین استعمال کر سکتے ہیں۔ کوکین



سے پہلے آئدرینالین (۱:۱۰۰۰) کا ایک قطرہ ٹپکا دیا جاتا ہے تاکہ وہ



شکل ۱۸۵ - لیاہنگ کا منظار لعین (Lang's Eye Speculum)



FULL SIZE

شکل ۱۸۶ - تثبیتی کلاب (Fixation Forceps)



شکل ۱۸۷ - سکر اگرینی چاقو (Narrow Graefe knife)



FULL SIZE

شکل ۱۸۸ - خمیدہ قرچی کلاب (Curved Iris Forceps)

کوئین کے جذب ہونے میں اور امتلا کو کم کرنے میں مدد ہو۔ اگر



ہدنی اعصاب کو مشلول کرنے کی غرض سے ۱:۱۰۰۰۰ طاقت کی ایڈرینلین میں تیار کئے ہوئے نووکین کے ۳ فیصد محلول کے ۲ مکعب سنتیمر کا محبہ (چشم خانہ) کے اندر پھکاری سے گہرا شراب کر دیا جائے تو بہت سی متلائی حالتوں میں بلا درد کے عملیہ کیا جاسکتا ہے۔ عصبانی (nervous) یا سرکش مریضوں کے لئے عمومی تخدیر (general anaesthesia) استعمال کرنا چاہئے۔

عملیہ سے پہلے اور عملیہ کے بعد بھی، عملیہ نہ کی ہوئی آنکھ میں ہمیشہ ایسیرین یا پائلوکارپین ٹپکا دیا جاتا ہے، کیونکہ ہمیں معلوم ہے کہ اس آنکھ میں بھی گلاکوما کی استعداد موجود ہے، اور بصورت دیگر خود عملیہ کی تشویش و ہیجان ہی سے حملہ مرض شروع ہو جانے کا احتمال ہے۔

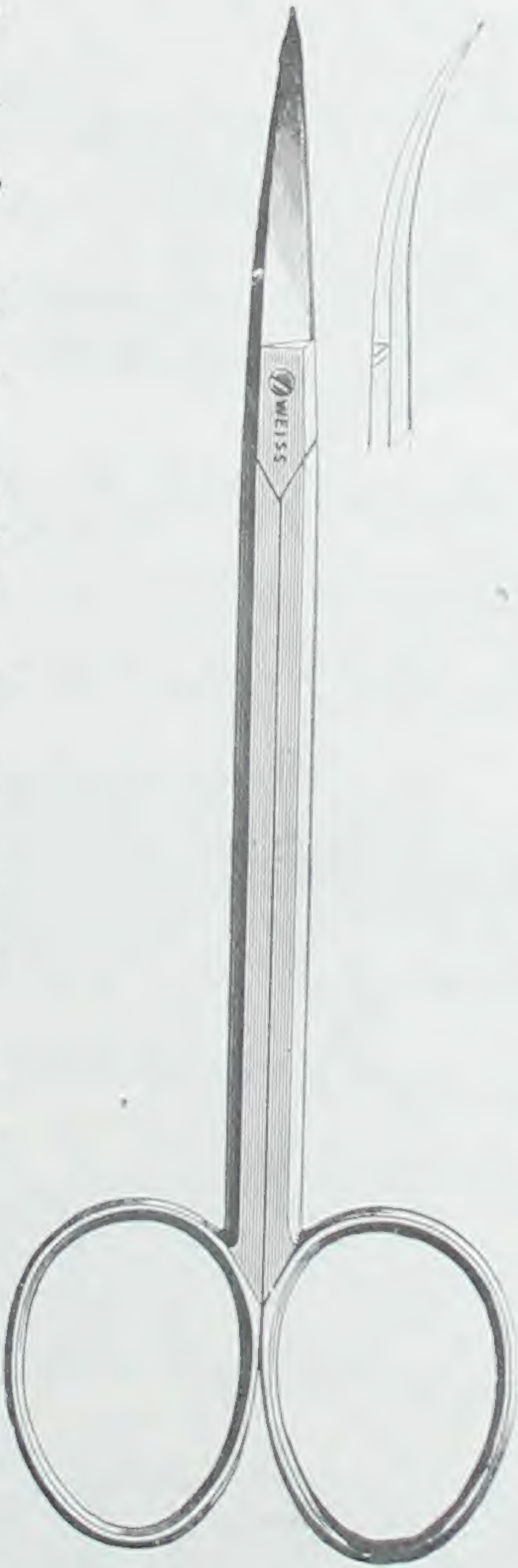
عملیہ - گلاکوما کے لئے قرص برآری (iridectomy) عموماً اوپر کی طرف کی جاتی ہے، تاکہ عملیہ سے پیدا شدہ نفقہ اوپر کے پوٹے سے ڈھک جائے، اور اس شقاق (coloboma) کے تکلیف دہ بصری اثرات محدود رہیں۔ عامل مریض کے سر کے پیچھے کھڑا ہو کر منظار (speculum) داخل کرتا ہے۔ مریض کی جس آنکھ پر عملیہ کرنا ہے عامل اپنے اسی جانب کے ہاتھ کے انگوٹھے اور دو انگلیوں کے درمیان ایک سکر اگرینی چاقو پکڑ کر دوسرے ہاتھ سے تشبیتی کلاب کو تھامے رکھتا ہے۔ اگر مریض عمومی تخدیر کے زیر اثر نہ ہو (بے ہوش نہ کیا گیا ہو) تو اسے ذرا



نیچے دیکھنے کی ہدایت کی جاتی ہے۔ گلاب کی مدد سے ملتحہ کو قرصہ کے  
 حاشیہ سے عین نیچے مضبوط گرفت میں  
 لے لیا جاتا ہے۔ مگر گلاب پر ایک  
 ہلکا سا تناؤ رکھا جاتا ہے تاکہ کرہ چشم  
 پر دباؤ نہ پڑے اور آنکھ کا اندرونی  
 دباؤ بڑھنے نہ پائے۔ چاقو کو حدِ قرنیہ  
 (لمبس) سے ایک ملی میٹر پیچھے تقریباً  
 اُس کے زیرین  $\frac{1}{4}$  اور بالائی  $\frac{1}{4}$  کے  
 مقامِ اتصال پر داخل کر کے خزانہ مقدم  
 میں سے عرصاً گزار کر (اس امر کی  
 بڑی احتیاط رکھتے ہوئے کہ قرصہ یا  
 غلافِ عدسہ زخمی نہ ہونے پائے) مقابل  
 جانب پر حدِ قرنیہ سے ایک ملی میٹر  
 پیچھے ایک متناظر نقطہ پر باہر نکالا جاتا  
 ہے، اور پیش و پس کی حرکات

(to-and-fro movements)

کے ذریعہ اس شکاف کو مکمل کر دیا جاتا  
 ہے۔ اس تراش کے اختتام کے  
 قریب چاقو کی دھار کو کسی قدر پیچھے  
 کو پھرا دینا مناسب ہے تاکہ دامن کے  
 راس (سرے) پر ملتحہ کا ایک چھوٹا سا



شکل ۱۸۹۔ خمیدہ قرصی قینچی۔

(Curved Iris Scissors)



لسان نما زائده (tongue of conjunctiva) حاصل ہو جائے جس سے زخم کے اندمال میں مدد ملتی ہے۔

227 اگر کوئی عمومی مخدر (general anæsthetic) استعمال کیا گیا ہے تو اب تثبیتی کلاب (fixation forceps) کو ایک مددگار تھام لیتا ہے ورنہ مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ بدستور کسی قدر نیچے کودیختا رہے اور تثبیتی کلاب کو الگ رکھ دیا جاتا ہے۔ عامل بند کئے ہوئے قرجی کلاب



شکل ۱۹۰۔ گلاکوما کے لئے قرجیہ برآری کے دوران میں قرجیہ کو قطع کرنا طریقہ

(Cutting the Iris in Iridectomy for Glaucoma)

(iris forceps) کو صلیبیہ کے شکاف میں سے مدتی ماشیہ تک لیجاتا ہے اور وہاں کلاب کو کھول کر قرجیہ کے مدتی کنارے کو کلاب کی شاخوں (پھلوں) کے درمیان پکڑ کر، زخم (شکاف) کے ایک سرے پر قرجیہ کو (پھینچی سے) نیم قطری رخ میں قطع کر دیتا ہے (شکل ۱۹۰)۔ پھر قرجیہ کو اس کے قاعدہ سے نوچ کر زخم (شکاف) کے دوسرے سرے تک لیجا کر وہاں اسی طرح سے



کاٹ دیا جاتا ہے۔ قرجیہ کے اس جُدا کئے ہوئے ٹکڑے میں اُس کا پورا رُخ  
مع اُس کی مہر بنی پیوستگی (ciliary attachment) کے شامل ہونا  
چاہئے۔ پہلے یہ تعلیم دی جاتی تھی کہ قرجیہ کے دائرہ کا کم از کم پانچواں حصہ  
نکال دینا چاہئے، لیکن ایک متوسط درجہ کی قرجیہ برآری بھی بالکل اُسی قدر  
کارگر معلوم ہوتی ہے جس قدر کہ ایک عریض قرجیہ برآری۔

مطلوبہ شقاق (coloboma) کو صفائی کے ساتھ کاٹنا چاہئے  
اور قرجیہ (آئرس) کے حدقی کنارے کو اُس کی قدرتی وضع پر واپس  
لے آنا چاہئے تاکہ ایک کلید روزنی حدقہ



(keyhole-shaped pupil) (چابی کے

چھید کی شکل کی پتلی) پیدا ہو جائے (شکل ۱۹۱)۔

قرجی بافت کا کوئی حصہ زخم میں نہ رہنے دیا جائے

کیونکہ اس سے مابعد خراش اور چھیدگیاں پیدا

ہو جاتی ہیں۔ قرجیہ کو اُس کی ٹھیکے وضع پر بحال

کرنے کے لئے زخم کو ایک ملوق (spatula) سے

تھپکنا یا سہلا دینا چاہئے، یا اگر اس سے کامیابی نہ ہو تو ملوق کو شکاف کے

اندرو داخل کر کے زاویوں کو آزاد کر دینا چاہئے۔

شکل ۱۹۱۔ قرجیہ برآری

(Iridectomy)

خزانہ مقدم کے اندر زرف (جریان خون) کا وقوع عام ہے۔ یہ

خون عموماً چند روز میں جذب ہو جاتا ہے۔ اس خون کو باہر نکالنے کے لئے

حد سے زائد کوشش و کاوش کرنا خلاف مصلحت ہے، کیونکہ نامناسب باؤ

سے عدسہ میں نزول الماء (موتیا بند) ہو جانے کا خدشہ ہے۔

دونوں آنکھوں پر پٹی باندھ دی جاتی ہے، عملیہ کردہ آنکھ میں



ایٹروپین اور دوسری آنکھ میں ایسیرین ٹپکائی جاتی ہے، اور مریض کو بستر پر لٹا کر خاموش رکھا جاتا ہے۔ دو روز کے بعد دوسری آنکھ کو جس پر عملیہ نہیں کیا گیا ہے کھلا چھوڑ سکتے ہیں۔ بیشتر مریضوں میں (عملیہ کے بعد) بلا کسی غیر معمولی حادثہ یا پیچیدگی کے صحت ہو جاتی ہے۔ بعض مریضوں میں خرابی کا مقدما کئی دن تک نہیں بنتا (مائیت سے پر نہیں ہوتا)۔ بعض اوقات عملیہ کے بعد ایک دوبرہ نمادہ (cystoid cicatrix) پیدا ہو جاتا ہے۔ اگرچہ یہ حالت اپنے خاص خطرات سے خالی نہیں لیکن اخراج سیال کے لئے سہولت بخش ہوتی ہے، چنانچہ بعض جراح اسی غرض سے اس کو اپنا نصب العین قرار دیتے ہیں۔

**قرص برآری (Iridectomy) کے دوسرے داعیات۔**

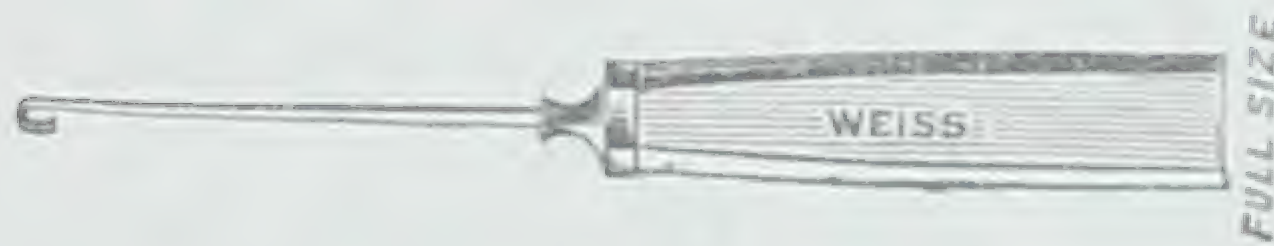
- (۱) گلاکوما کے علاوہ اس عملیہ کی ضرورت مندرجہ ذیل حالتوں میں ہوتی ہے:
- (۲) مزمن اور متوالی التهاب قرص (chronic and recurrent iritis) اور التهاب قرص و جسم ہڈی (iridocyclitis) کی بعض حالتوں میں۔
- (۳) مکمل دائری التصاق قرص (complete circular synechia) میں۔
- (۴) جزئی غبہ قرص (partial corneal staphyloma) میں۔
- (۵) قرص کی رسولیوں اور جسم غریب (foreign bodies) میں۔
- (۶) تازہ خروج قرص (prolapse of the iris) میں۔
- (۷) عملیہ تخریج نزول الماء (موتیا بند نکالنے کے عملیہ) کے ایک جز کے طور پر۔ یہاں شقاق (coloboma) نسبت گلاکوما کے



شقاق کے چھوٹا ہونا چاہئے (شکل ۱۹۱)۔ (۸) بصارت کو بہتر بنانے کے لئے (مصنوعی تپلی: artificial pupil، بصری قرجیہ برآری optical iridectomy: iridectomy ذیل کی حالتوں میں: قرنیہ اور عدسہ کے مرکزی عتامات (central opacities) میں، اور مسدودی حدقہ (occlusion of the pupil) اور مخروطی قرنیہ (keratoconus) کی حالتوں میں۔ باستثناء گلاکوما کی قرجیہ برآری کے (جس میں بہتر طریقہ یہ ہے کہ اندر سے



شکل ۱۹۲۔ قرنیہ تراش (Keratome)



شکل ۱۹۳۔ کند قرجینی خطاف (Blunt Iris Hook)

باہر کی طرف کاٹ کر قرجیہ کی جڑ کو منکشف کرویا جائے، ایک نیرک چاقو (lance-knife) (قرنیہ تراش: keratome) استعمال کر کے حد قرنیہ (رلبس) پر شکاف لگایا جاتا ہے، قرجیہ کی جڑ کو نہیں نوچا جاتا، اور قرجیہ کے اُس دہرائو کو جسے باہر کھینچا گیا ہے قرجی قینچی سے نیم قطری رخ میں کاٹ دیا جاتا ہے۔

بصری قرجیہ برآری (optical iridectomy) انجام دینے میں یا تو ایک قرنیہ تراش (keratome) (شکل ۱۹۲) سے یا ایک



چوڑی سوئی، (broad needle) (شکل ۲۱۷) کے ذریعہ قرنیہ میں ایک چھوٹا شگاف (۳ تا ۵ ملی میٹر ناپ کا) دیا جاتا ہے، جو حدِ قرنیہ (لبس) سے دو ملی میٹر فاصلہ پر ہوتا ہے۔ پھر خمیدہ قرنیہ کلا (curved iris forceps) (شکل ۱۸۰) سے یا کند خطاف (blunt hook) (شکل ۱۹۳) کے ذریعہ قرص (آئرس) کو باہر کھینچ کر اس کے مدقی حصے کو کاٹ دیا جاتا ہے، اور شقاق (coloboma) کو جس قدر عملاً ممکن ہو چھوٹا



شکل ۱۹۳ - غیر گلاکوما کی قرص برآری میں عملِ قطع و اخراجِ قرص

(Excision of Iris in Non-Glaucoma Iridectomy)

بنایا جاتا ہے۔ مصنوعی پتلی (artificial pupil) کے لئے بہترین مقام نیچے اور اندر کی طرف ہے، لیکن جب اس جگہ قرنیہ میں کوئی عتمیت (تکدر) موجود ہو تو مصنوعی پتلی ایسے مقام پر بنانا چاہئے جو قرنیہ کے شفاف ترین حصے کا متناظر ہو۔ بصری قرص برآری کے اثرات اکثر یا سرائیکز ہوتے ہیں۔ اسی واسطے عملیہ کرنے سے پہلے پتلی کو پھیلا کر اور ایک تنگ جھری دار تال (stenopeic slit) کو مختلف وضعوں میں لگا کر یہ تحقیق کر لینا مناسب ہے کہ آیا ان حالات کے تحت بصارت بہتر ہوتی ہے یا نہیں۔

ترشحی ندبہ بنتا (Formation of a Leaking Cicatrix) - جب گلاکوما کے علاج میں یہاں تک تاخیر ہو گئی ہو کہ قرص



(آئرس) کے قاعدہ کی الٹہابی چسپیدگی کی وجہ سے زاویہ قرحیہ مستقل طور پر مسدود اور محو ہو چکا ہو تو سادہ قرحیہ برآری (simple iridectomy) کے عمل سے شاذ ہی دیرپا فائدہ حاصل ہوتا ہے لیکن اگر شقاق (coloboma) کے عمودوں میں سے ایک عمود کا سقوط و خروج صلبیہ میں کے شکاف کے صحیح اندمال کو روک دے تو ایک ترشخی ندبہ (leaking cicatrix) پیدا ہو جاتا ہے، جس میں سے دروں یعنی سیال کی زائد مقدار باہر نکل کر ملتحمہ کے نیچے نکل آتی ہے، اس مقصد کو حاصل کرنے کے لئے بعض عملیات ایجاد کئے گئے ہیں، جن سے ندبہ کے اندر قرحیہ (آئرس) کے مشمول ہوئے بغیر مائل نتیجہ حاصل ہوتا ہے۔

قرحیہ صلبیہ ترخان کاری (corneo-scleral trephining) وہ عمل ہے جو ہنر من گلا کو ما میں سب سے زیادہ عام طور پر کام میں لایا جاتا ہے، اور جس سے بہترین نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ عملیہ لاگرانز (Lagrange's operation) اور عملیہ ہربرت (Herbert's operation) متبادل عملیات ہیں۔ حال ہی میں، بالخصوص امریکہ میں، عملیات شمول قرحیہ (iris inclusion operations) سے زیادہ کمزرت کے ساتھ کام لیا گیا ہے، جن میں قرحیہ کا ایک چھوٹا کہنی ٹھاونڈ (knuckle) صلبیہ کے زخم کے اندر مشمول کر دیا (پھنسا دیا) جاتا ہے۔

تختینا پچاس سال پہلے آرگائل رابرٹسن (Argyll Robertson) نے اورازاں بعد دوسرے اصحاب نے، گلا کو ما کے لئے ترخان کاری (trephining) کے عمل سے کام لیا۔ لیکن یہ عملیہ جیسا کہ اب کیا جاتا ہے اس کو آر ایچ۔ ایلٹ (R. H. Elliot) نے مکمل کیا ہے۔



اس عمل کے لئے مطلوبہ آلات حسبِ ذیل ہیں: بکشاف (speculum) متبہتی کلابیب (fixation forceps) 'قرچی کلابیب' (iris forceps) 'خولی قینچی' (squint scissors)  $\frac{1}{4}$  تا  $\frac{1}{2}$  ملی میٹر قطر کا ترفان (trephine) (شکل ۱۹۷) 'ٹنگ چاقو' (Took's knife) (شکل ۱۹۶) 'قرچی وضاع' (iris repositor) 'سوزن گیر' (needle holder) 'چھوٹی خمیدہ سوئی' اور ریشم۔

230

اکتیسویں باب میں بیان کی ہوئی تفصیل کے مطابق ہر چیز کو تیار کر لینے، آنکھ کو کوکٹین کے زیر اثر لانے، اور ملتحمہ کو آئیڈرینالین کے ذریعہ بے رنگ (عديم الدم) بنا لینے کے بعد بکشاف آنکھ میں لگا دیا جاتا ہے۔ مریض کو سنبھلے رکھنے کی ہدایت کی جاتی ہے۔ قرنہ کے حاشیہ سے تقریباً  $\frac{1}{4}$  انچ اوپر متبہتی کلابیب کے ذریعہ ملتحمہ کو پکڑ لیا جاتا ہے۔ جیسا کہ شکل میں دکھلایا گیا ہے ایک بڑا سا دامن (flap) کاٹ کر اُس کی تقطیع (dissection) مرکز میں قرنہ کے حاشیہ تک کی جاتی ہے۔ اس شکاف کے بھرے قرنہ کے حاشیہ کے قریب تک ہرگز نہ پہنچیں اور نہ ممکن ہے کہ ملتحمہ کے نیچے مائیہ کی ترشیع (رِساؤ) میں مداخلت ہو جائے۔ علاوہ ازیں ترفانی سوراخ کے اوپر ایک 'آبلہ' ('bleb') بنجانے کا رجحان زیادہ ہو جاتا ہے، اور اُس میں سے مائیہ اس قدر آسانی سے خارج نہیں ہوتا۔

دامن کو قرنہ پر اُلٹ کر اُسے بے دندانہ کلابیب (non-toothed forceps) سے پکڑ لیا جائے۔ قینچی کے ذریعہ بافت کی تقطیع کر کے اُسے قرنہ کے قُرب وجوار میں صلیبیہ سے چھڑا کر ٹنگ کے چاقو سے شکاف کو



افقاً قرنیہ کے اندر لیجا کر اسے دو ملی میٹر تک چیر دیا جائے۔ سطحی و قنات (laminæ) کو دامن کے ساتھ پیچھے الٹ دیا جائے۔ پھر ترفان کو اس طرح



شکل ۱۹۶۔ ایلٹ کا ترفان

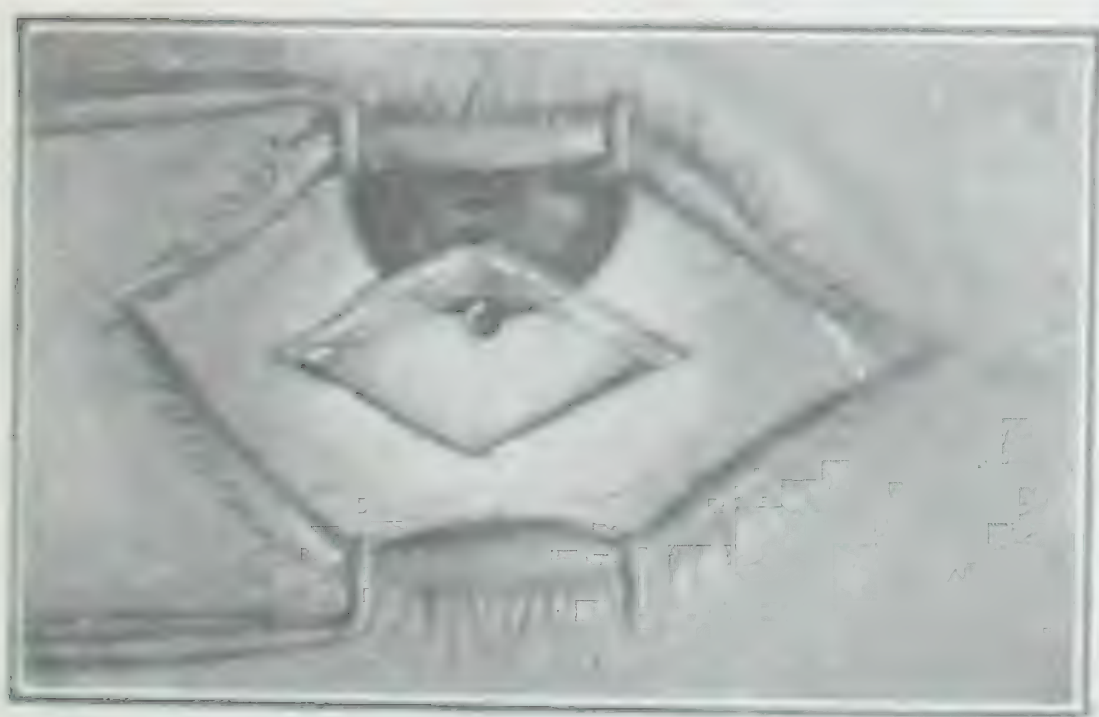
(Elliot's Trephine)



شکل ۱۹۵۔ ٹوک کا چاقو

(Took's Knife)

گٹا کر اس کا مرکز قرنیہ کی صلیبیتی اتصال پر رہے، ہلکے دباؤ کے ساتھ چند



شکل ۱۹۸۔ ایلٹ کا عملیہ گٹا کو ماکے لئے۔



شکل ۱۹۷۔

نیم ہدویری حرکات سے قرص کاٹ لیا جائے۔ اس عمل میں میں ترفان طبقہ چشم میں سے جاتا ہوا محسوس ہوگا، مریض عموماً ایک تیز لیکن کم شدید درد محسوس کرے گا، مائیہ خارج ہوگا، اور پتلی زخم کی طرف ہٹ آئیگی۔ قرص عموماً ایک قبضہ (hinge) کے ذریعہ ایک جانب پر چپکا رہتا ہے اور فتقہ (سوراخ) میں قرص کا ایک کھنی نما دھراؤ (knuckle) نمودار ہوتا ہے۔ قرص اور قرص کی کھنی، دونوں کو قرصی کلابیب سے پکڑ کر قرصی قینچی سے کاٹ ڈالا



جائے۔ قزحیہ برآری (iridectomy) سے ایک چھوٹا محیطی سوراخ بناتا ہے۔ اب دامن کو زخم پر واپس رکھ کر اس کے راس کو ایک باریک ٹانکے سے سی کر محفوظ کر دیا جاتا ہے۔ یکشاف کو نکالتے وقت پلکوں کو پکڑ کر اوپر کے بیوٹے کو زخم پر سے اٹھا ہوا رکھ کر نیچے لانا چاہئے۔ دورانِ عملیہ میں شروع سے آخر تک اس امر کی نہایت احتیاط رکھنی چاہئے کہ دامن میں کاج کا سوراخ (button-holing) نہ ہونے پائے۔



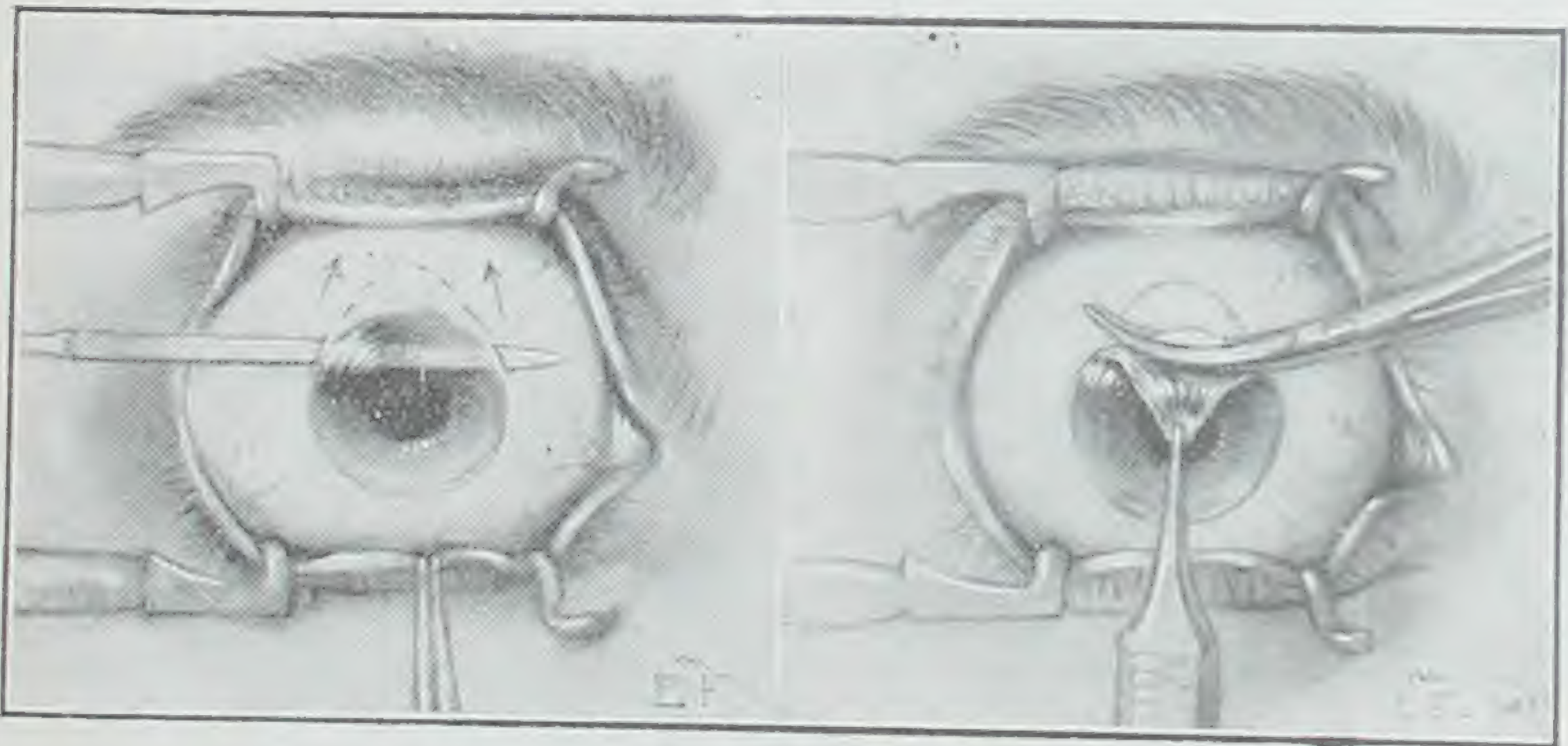
شکل ۱۹۹۔ ایلٹ کے ترخانِ علیہ کے بعد آبلہ۔

عملیہ کے بعد عظیم لاکر ایٹروپین کا ایک قطرہ ضرور ٹپکا دیا جائے، اور اسی طرح سات تا دس روز تک وزانہ ٹپکاتے رہیں، یہاں تک کہ خزانہ مقدم پُر ہو کر پھر بن جائے اور التهابِ قزحیہ (iritis) جو اکثر پیچیدگی کے طور پر لاحق ہو جاتا ہے، اس کے پیدا ہونیکا کوئی خطرہ باقی نہ رہے۔ کبھی کبھی ترخانِ علیہ کے بعد انفصالِ شبشب (detachment of the choroid) واقع ہو جاتا ہے اور ایسی حالت میں خزانہ مقدم کی بازپری بہت آہستہ آہستہ ہوتی ہے۔ لیکن بستر میں مزید آرام لینے اور ایٹروپین کے زیادہ طویل استعمال سے یہ پیچیدگی تقریباً دو ہفتوں میں رفع ہو جاتی ہے، اور بالآخر کوئی نقصان نہیں پہنچتا۔

عملیہ لاکر انز (Lagrange's Operation) (صلبیتِ برآری)



**Sclerectomy :** مع قرصیہ برآری (Iridectomy) - حد قرنیہ (لمبس) سے ایک ملی میٹر فاصلہ پر، زاویہ قرصیہ کے مقابل، ایک سکرے گریفی چاقو کے ذریعہ صلیبیہ میں ایک شکاف دیا جاتا ہے، اور ایک مناظر نقطہ پر، ملی میٹر فاصلہ سے ایک وخر متقابل (counter puncture) عمل میں لایا جاتا ہے۔ تراش کے اختتام کے قریب چاقو کی دھار کا رخ پیچھے کی طرف کر دیا جاتا ہے تاکہ صلیبیہ کی تراش سلامی دار (bevelled)



شکل ۲۰۰۔ عظمیٰ لاگرانز (Lagrange's Operation)

ہو، پھر تراش کو جاری رکھ کر ملی میٹر ناپ کا ملجمی من (conjunctival flap) بنالیا جاتا ہے۔ پھر ملجم کے نیچے کے صلیبیہ کے مثلث ٹکڑے کے راس کو خمیدہ قنچی سے کتر دیا جاتا ہے۔

عظمیٰ ہربرٹ اور دامن صلیبیہ شکافی (Herbert's Operation and Flap-Sclerotomy) - ایک قرنیہ تراش (keratome) کو خزانہ مقدم کے اندر گزارا جاتا ہے، یا تو ملجم کے



نیچے سے (Herbert) یا ایک ملتحمی دامن (conjunctival flap) اُلٹ دینے کے بعد - شگاف حدِ قرنیہ (رلبس) سے ۲ ملی میٹر پیچھے ہوتا ہے۔ شگاف کے ایک سرے پر صلیبیہ کے اندر ایک کرنی نما چاقو (trowel knife) گزار کر باہر کی طرف جاتے ہوئے حدِ قرنیہ تک کاٹ دیا جاتا ہے۔ قرنیہ تراش کے شگاف کے دوسرے سرے پر بھی بالکل اسی طرح کاٹ دیا جاتا ہے۔ اس طرح صلیبیہ میں ایک چھوٹا قائم الزوایا دامن (rectangular flap) کٹ کر تیار ہو جاتا ہے جس کا قبضہ (hinge) قرنیہ کی جانب کو ہوتا ہے۔

اِطناپ قرنیہ (Iridotomy) کے عملیہ میں ملتحمی دامن کو نیچے اُلٹ دینے کے بعد، قرنیہ کے حدِ قی حاشیہ کے ایک چھوٹے کہنی نما ڈھرو کو ایک چھوٹے قرنیہ تراشی شگاف (keratome incision) کے اندر جو حدِ قرنیہ کے بالکل پیچھے کیا جاتا ہے، اوپر کو کھینچ لیا جاتا ہے۔ یہ عملیہ برطانیہ کی نسبت امریکہ میں زیادہ کیا جاتا ہے۔

رق یا شدیدگی ہڈیہ (Cyclodialysis) کے عملیہ میں جسمِ ہڈی (ہڈیہ) کے ایک حصہ کو اُس کے اوپر کے صلیبیہ سے جدا کر دیا جاتا ہے، اور رباطِ مشطی (pectinate ligament) میں سے توڑتے ہوئے محیطِ قرنیہ کو جزو علیحدہ کر دیا جاتا ہے۔ یہ ایک وضع (repositor) کے ذریعہ کیا جاتا ہے، یا حدِ قرنیہ سے ۲ ملی میٹر پیچھے ایک چھوٹا صلیبی شگاف (scleral incision) دیکر اُس میں سے ایک خاص قسم کا اوزار داخل کر کے۔ یہ طریقہ عمل اُس وقت کام میں لایا جاسکتا ہے جبکہ دوسرے عملیات ناکام ہوں، لیکن اسے عموماً دوسرے عملیات کا اولی بدل



یا قائم مقام نہیں سمجھا جاتا ہے۔

صلبہ شگافی (Sclerotomy) بعض اوقات گلاکوما میں عارضی آرام حاصل کرنے کی غرض سے عمل میں لائی جاتی ہے۔ صلبہ میں شگاف یا تو قزحیہ (آئرس) کے سامنے دیا جاتا ہے (مقدم صلبہ شگافی : anterior sclerotomy) یا جسم ہدبی (سیلیری باڈی) کے پیچھے (مؤخر صلبہ شگافی : posterior sclerotomy)۔

مقدم صلبہ شگافی (Anterior Sclerotomy) میں گریفی چاقو سے حد قزحیہ (لمبس) سے ایک ملی میٹر پیچھے ویسا ہی شگاف دیا جاتا ہے جیسا کہ قزحیہ برآری (iridectomy) میں، لیکن درمیانی ثلث کو بغیر شگاف دئے چھوڑ دیا جاتا ہے، اور یہ صلبہ اور قزحیہ کے درمیان ایک اتصالی پل بن جاتا ہے۔

مؤخر صلبہ شگافی (Posterior Sclerotomy)

233

میں گریفی چاقو سے یا ایک چھوٹے تر فان کے ذریعہ ایک شگاف صلبہ میں سے ہو کر زجاجیہ (vitreous) تک دیا جاتا ہے۔ اس کے لئے عموماً خارجی اور تحتانی عضلات (external and inferior recti muscles) کے درمیانی مقام کو منتخب کیا جاتا ہے۔ شگاف قزحیہ سے، ملی میٹر سے زائد قریب نہ آنے پائے تاکہ جسم ہدبی (سیلیری باڈی) خطرہ سے بچا رہے۔ چونکہ یہ فتح زجاجیہ سے مسدود ہو جاتا ہے، لہذا اس عمل سے تناؤ سے عارضی نجات بھی شاذ ہی حاصل ہوتی ہے۔ گلاکوما کے عملیات کے نتائج گلاکوما میں تقطیری ندبہ کے عملیات (filtering scar operations) تناؤ کو کس طرح کم کر دیتے ہیں



یہ ایک واضح اور صاف امر ہے (جو آسانی سمجھ میں آ سکتا ہے) لیکن اب تک معتین طور پر معلوم نہیں ہوا ہے کہ قرصیہ برآری (iridectomy) کے عملیہ سے گلاکوما میں کیونکر اور کس طریقہ سے آرام حاصل ہوتا ہے۔ (بہر حال یہ تو ایک مسلمہ حقیقت ہے کہ) عملیہ جب قدر جلد کیا جاتا ہے بصارت اسی قدر زیادہ محفوظ رہتی ہے۔ اسی واسطے قرین مصلحت یہ ہے کہ عملیہ جب قدر جلد ممکن ہو کر دیا جائے۔ اُس کے کرنے کا بہترین زمانہ درجہ مندرجہ (prodromal stage) کے دوران میں، حملوں کے درمیانی وقفہ میں ہوتا ہے۔ الہتہابی حالتوں میں، حادثہ گلاکوما کے درجہ میں عملیہ نہایت مشکل ہوتا ہے، کیونکہ اس زمانہ میں شدید امتلا (congestion) ہوتا ہے اور خزانہ مقدم کی گہرائی بھی کم ہوتی ہے۔ ان حالات میں تناؤ کو کم کرنے اور خزانہ مقدم کی گہرائی کو زیادہ کرنے کے لئے مناسب یہ ہے کہ گرم تغیل (hot bathing) عمل میں لائی جائے اور چند گھنٹوں تک آدھے آدھے گھنٹہ کے فاصلہ سے ایسیرین استعمال کیا جائے، اور پھر عملیہ کیا جائے۔ لیکن اگر یہ تدابیر جلد اثر نہ کریں تو پھر بلا تاخیر مزید عملیہ ہی کر دینا چاہئے۔

قرصیہ برآری کے سب سے زیادہ امید افزا اور موافق نتائج حادثہ الہتہابی گلاکوما (acute inflammatory glaucoma) کی حالت میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں درد اور الہتہابی علامات میں فوری تخفیف ہو جاتی ہے، اور بصارت اُس درجہ تک بحال ہو جاتی ہے جس درجہ تک وہ حملہ مرض کے شروع ہونے سے پہلے موجود تھی۔ مزید برآں یہ نتائج عموماً دیر پا ہوتے ہیں۔ اگر حادثہ حملے سے پہلے مزمن گلاکوما موجود رہا،



تو ممکن ہے کہ قرحیہ برآری کے اثرات محض عارضی ثابت ہوں۔ ایسی صورت میں صلیبیتی ترفان کاری (scleral trephining) عمل میں لانا چاہئے، لیکن اگر امتلا زیادہ موجود ہو تو عملیہ لاگرانز (Lagrange's operation) یا ہربرٹ کی صلیبیتہ شکافی (Herbert's sclerotomy) عمل میں لانا نسبتہ زیادہ آسان ہے۔

مزمن التهابی گلاکوما (chronic inflammatory glaucoma) میں قرحیہ برآری کے نتائج امید افزا اور موافق ہو سکتے ہیں، لیکن وہ ایسے شاندار نہیں ہوتے جیسے کہ حاد حالتوں میں۔ اس عملیہ سے التهابی علامات میں تخفیف اور درد میں تسکین ہو جاتی ہے اور وسائط (media) پھر صاف ہو جاتے ہیں لیکن چونکہ مرض قرص اور عصب بصری میں پہلے ہی مستعمل تغیرات پیدا کر چکا ہے، لہذا بصارت کی بجالی محدود ہوتی ہے۔ اسی واسطے ایسی حالتوں میں ہمارا مقصد یہ ہوتا ہے کہ قطیری نذر (filtering scar) پیدا کرنے والے عملیات میں سے کوئی عملیہ کر دیا جائے۔ اگرچہ عملیات سے مرض کی ترقی اکثر و بیشتر رک جاتی ہے، مگر موافق حالتوں میں بھی موجودہ نقص و لطیف باقی رہ جاتا ہے۔ قرحیہ برآری کے بعد بھی ممکن ہے کہ وہ مبہم اسکیت (astigmatism) جو شکاف کی وجہ سے پیدا ہو گئی ہے، بصارت میں کس قدر کمی پیدا کر دے۔ تمام عملیوں کے ساتھ (گو قرحیہ برآری کی نسبت ترفان کاری میں ایسا کم ہوتا ہے) بعض اوقات مختلف عرصہ کے بعد تناؤ بڑھ جاتا ہے اور دوبارہ عملیہ کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے۔ مریضوں کی کچھ تعداد میں باوجود تمام عملیاتی مداخلت کے، بصارت میں ترقی پذیر انحطاط واقع ہوتا ہے۔



سادہ گلاکوما میں بعض حالتوں میں، قابض قد ادویہ (miotics) سے مرض رُک رہتا ہے، مگر بیشتر حالتوں میں جیسے ہی کہ استبصاری میدان میں کمی کی کوئی ترقی پذیر امارت ظاہر ہو، عملیہ کی ضرورت ہوتی ہے۔ مریض جس قدر زیادہ کم عمر ہے اُسی قدر عملیہ کی ضرورت زیادہ یقینی ہوگی۔ عملیہ کے نتائج امتلائی حالتوں کی نسبت کم نمایاں اور کم مستقل ہوتے ہیں، لیکن بہت سی حالتوں میں مرض کی ترقی رُک جاتی ہے۔ نسبت کم خوش نصیب مریضوں میں نتائج عارضی ہوتے ہیں اور یہی طریق کار (عملیہ) مکرر اختیار کرنا پڑتا ہے۔ بعض مریضوں میں مرض ترقی کرتا رہتا ہے حتیٰ کہ نابینائی واقع ہو جاتی ہے۔

**ثانوی گلاکوما (Secondary Glaucoma)** کا نام اُن اصابات کو دیا گیا ہے جن میں تناؤ کی زیادتی اور گلاکوما کے دوسرے علامات کسی دوسرے عینی مرض یا چوٹ کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کا سبب تقریبی زاویہ (filtration angle) کی مسدودی ہے، جو التهاب کے لزج حاصلات سے، یا رباط مشطی (pectinate ligament) کے مقابل متورم اور متلی قزمیہ اور جسم ہڈی کے ازدحام (crowding) سے، یا رسولی اور ارتشاح (exudation) وغیرہ کی وجہ سے آنکھ کے اندر دباؤ کی زیادتی سے، یا تگونی جماؤ کے تعضیہ (organization) کے باعث فائبرین کے بنجانے اور قزمیہ کے محیط اور صلیبیتی قزمیتی فضا کے درمیان چپکاؤ پیدا کر دینے کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے۔ ایسی حالت میں سرری منظر اُس مرض کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے، جس میں یہ گلاکوما ایکٹ پیدگی کے طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ اگر اس حالت کا تدارک نہ کیا جائے تو نتائج



وہی ہوتے ہیں جو اولی گلاکوما (primary glaucoma) میں ہوتے ہیں۔

ثانوی گلاکوما کے بعد جو عینی عوارض اکثر و بیشتر پیدا ہو جاتے ہیں وہ حسب ذیل ہیں: قرنیہ کے قرعے (ulcers) یا زخم جن کے ساتھ سقوط و خروج قریہ (prolapse of iris) واقع ہو جاتا ہے، مدبات قرنیہ (corneal cicatrices) اور عنبات (staphylomata) مع انجباس قریہ (incarceration of the iris)، التهاب قریہ جسم ہدبی (iridocyclitis)، التهاب عنبیہ (uveitis)، التهاب مشیمیہ (choroiditis) اور اعلیٰ درجہ کا قصر البصر (myopia)، گلی موز (حلقہ دار) التصاق قریہ (total posterior, ring, synechia)، انخلاع عدسہ (dislocation of the lens) 'ضربی نزول الماء' (traumatic cataract) (ورم عدسہ)، عملیات تخریج (extraction)، تابیر عدسہ (needling of the lens) اور ثانوی نزول الماء کا قطع تابیری (discission)، دروں عینی سلعات، اور آنکھ کے اندر اجسام غریبہ - شریانی صلابت (arterio-sclerosis) رکھنے والے مسم - اشخاص میں ثانوی گلاکوما کی ایک قسم دیکھنے میں آتی ہے، جس میں شبکیہ کے نزفات پائے جاتے ہیں۔ اسے نزفی گلاکوما (haemorrhagic glaucoma) کہتے ہیں۔

علاج کا انحصار اولی مرض پر ہوتا ہے۔ اگر ممکن ہو تو ہم سبب مرض کے ازالہ کی کوشش کرتے ہیں۔ نزفی گلاکوما میں علاج کا کوئی امید افزا اثر نہیں ظاہر ہوتا۔ قریہ برآری (iridectomy)



کے بعد ممکن ہے کہ علامات میں زیادتی ہو جائے۔ دوسرے علامات جو گلاکوما میں استعمال کئے جاتے ہیں، آزمائے جاسکتے ہیں، لیکن ان سے عموماً کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔

پیدائشی گلاکوما (Congenital Glaucoma) (استسقاء بعین)

hydrophthalmos: گلاؤشیمی (buphthalmos) اوائل طفلی

کا مرض ہے، جو پیدائشی ہوتا ہے یا شیرخواری کے زمانہ میں پیدا ہو جاتا ہے، اور عموماً دونوں آنکھوں کو ماؤف کر دیتا ہے۔ دروں عینی دباؤ میں زیادتی ہو جاتی ہے، اور چونکہ زندگی کے اس زمانہ میں صلبیہ ملائم ہوتا ہے اور یہ آسانی سے دب سکتا ہے لہذا دباؤ کی اس زیادتی سے آنکھ کی نمایاں کلائی پیدا ہو جاتی ہے۔ قرنیہ کلائی یافتہ اور باہر کو ابھرا ہوا ہوتا ہے اور صاف یا مکدر رہتا ہے۔ خزائے مقدم نہایت گہرا ہوتا ہے۔ پتلی بھیلی ہوتی، اور قرص مذبول اور مرتعش (لرزاں) ہوتا ہے۔ صلبیہ تپلا پڑ جاتا ہے اور اس کے اندر عنبیہ (uvea) کا رنگ نظر آنے کی وجہ سے نیلگوں دکھائی دیتا ہے۔ قرص میں گہرا اکٹھاف (گڑھا) ہوتا ہے۔ مرض کی رفتار سست ہوتی ہے۔ گو بعض حالتوں میں مرض خود بخود درک جاتا ہے اور بصارت معتدل طور پر اچھی باقی رہتی ہے، لیکن عام طور پر یہی ہوتا ہے کہ مریض نابینا ہو جاتا ہے۔ اسی واسطے انداز (prognosis) نا موافق ہوتا ہے۔ چونکہ بعض حالتوں میں قرنیہ صلبیتی ترخان کاری (corneo-scleral trephining) سے اور ساتھ ہی قابض حد قد ادویہ (miotics) کے استعمال سے فائدہ پہنچتا ہے، لہذا ان تدابیر کو اختیار کرنا چاہئے۔



## صحت نامہ

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۸۴	۱۱	Sudluxation	Subluxation
۱۸۹	شکل ۱۰	(d) 3	(d)
۲۱۳	۷	ملتحمہ	ملتحمہ
۲۱۳	۸	بارد سوزاکی	بارد سوزاکی
۲۴۲	۲۰	(fluted rollers)	(fluted rollers)
۲۴۶	۱۱	جیانندہ	جیانندہ
۲۶۶	۱۳	متارک	متارک
۲۶۸	۱۵	سرطی	سرطی
۲۸۱	۱۴	ورخفیف	اورخفیف
۲۸۸	حاشیہ	bandege	bandage
۳۶۹	۶	ACCUTE	ACUTE
۳۷۵	۱۶	contraindication	contraindication
۴۰۵	۶	مسیبہ	مشیبہ
۴۴۵	شکل ۱۹	Glaucomo	Glaucoma
اشعار			
۴	۳	قطبی	قطبی
۵	۲۸	کریدہ چشم	کریدہ چشم
۲۳	۷	نزق الجفن	نزق الجفن
۳۰	۲۳	سطح ساغری	سطح ساغری



۱۳۴ Y V عملیہ پر اے شترہ خارجی	V Y operation, ectropion.
۱۳۶ ٹولول	Wart.
۱۳۵ چشم پر آب	Watery eye.
۱۳۹ ویر کا نیشک	Weber's knife.
۱۵۹ ویسٹ کا عملیہ	Wests operation.
۱۳۴ وھارٹن جونز کا عملیہ	Wharton-Jone's operation.
۱۳۶ ولفے کی جلدی پیوند کاری	Wolfe's skin-grafting.
۳۱۳ ورثہ کا عملیہ	Worth's operation.
۳۲۱ زخم 'قرنیہ کے'	Wounds of cornea.
۱۳۸ اجفان کے	of eyelids.
۳۳۱ صلیہ کے	of sclera.
۱۳۶ سلعات زرد	Xanthelasma.
۲۳۷ جفوف، ملتحمہ کا	Xerosis of conjunctiva.
۲۹۶-۲۷۳ جفوفی التهاب قرنیہ	Xerotic keratitis.
۴۱۵-۳۲۲-۲۲۰ لاشعاعیں	X-rays.
۸۷-۷۶ Y نمادرز، عدسہ کی	Y suture of lens.
۹۳ زیس کے غدود	Zeis, glands of.
۳۱۲ زائس کے تماسی شیشے	Zeiss contact glasses.
۸۴ منطقی وریقہ	Zonular lamella.





قرحہ — بسلسلہ سابق	Ulcer.— <i>continued</i>
دابعہ ، قرنیہ کا ، مارپیچ قرحہ ، ۲۸۲	serpens, cornea.
سابعہ ، مارپیچ قرحہ ، ۲۸۲	serpent.
سادہ ، ۲۸۱	simple.
کا خود بخود انقباض ، ۲۷۶	spontaneous perforation of.
شفاف ، ۲۸۲	transparent.
ماورائے بنفشی روشنی ، ۳۵۲	Ultra-violet light.
عنیبہ ، ۳۳۵	Uvea.
التهاب عنیبہ ، ۳۶۸	Uveitis.
مقدم ، ۳۲۹	anterior.
ریمی ، ۳۷۷ - ۳۹۱ - ۴۰۴	purulent.
مشارکی ، ۳۷۷ - ۳۹۶	sympathetic.
جدریات کے ذریعہ علاج ، ۹۸ - ۳۷۶	Vaccines, treatment by.
گاؤ چیچک ، جفتی ، ۱۰۲	Vaccinia of the eyelids.
عروق دوامہ ، ۳۸۰	Vasa vorticosa.
عروقی التهاب قرنیہ ، ۲۳۵ - ۳۰۳	Vascular keratitis.
عروقی سدیمی التهاب قرنیہ ، ۲۳۵ - ۳۰۳	Vasculo-nebulous keratitis.
ورید مرکزی ، شبکیہ کی ، ۷۱	Vein, central, of retina.
ریلے نازلت ، ۲۵۶	Vernal catarrh.
بروقہ ، ۱۳۶	Verruca.
حویصلی التهاب قرنیہ ، ۲۷۳ - ۳۰۳	Vesicular keratitis.
بصارت کی تیزی ، ۱۹ - ۲۰	Vision, acuteness of.
مرکزی ، ۲۰	central.
بلاواسطہ ، ۱۹ - ۲۰	direct.
بعیدہ ، ۲۰	distant.
کا میدان ، ۲۰ - ۲۸	field of.
اسمیں امراضیاتی تغیرات ، ۳۳	pathological changes in.
قریبہ ، ۲۵	near.
کے طبعی میدان کی وسعت ، ۳۲	normal field of,
محیطی ، ۲۸	peripheral.
استبصاری زاویہ اقل ، ۲۱	Visual angle, minimum.
زجاجیہ ، ۳۵	Vitreous.



حتر - بسلسلہ سابق	Trachoma.— <i>continued</i>
کا حفظ ماقدم ' ۳۴۷	prophylaxis.
اور ریڈیئم ' ۳۴۵	radium and.
کے عواقب ' ۳۳۵	sequelæ.
کا علاج ' ۴۳۹	treatment.
عبوری تنویر ' ۷۴	Transillumination.
شفاف قرحہ (قرنیہ کا) ' ۳۸۴	Transparent ulcer, cornea.
ضربی التحاب ملتحمہ ' ۴۰۳	Traumatic conjunctivitis.
ترقان ' ایلیٹ کا ' ۴۵۳	Trephine, Elliott's.
ترقان کاری ' قرنیقی صلیبی ' ۴۵۰	Trephining, corneo-scleral.
ارتکاس الاهداب ' ۱۰۸	Trichiasis.
کے لیے عملیات ' ۱۱۳	operations for.
درے ' مشیمیہ کے ' ۳۹۴	Tubercles of the choroid.
ٹیور کیولین ' ۳۰۳ - ۳۴۷ - ۳۵۳	Tuberculin.
سلعات ' دروں چشمی ' ۴۰۸	Tumours, intra-ocular.
اجفان کے ' جاورسہ ' ۱۳۶	of eyelids, milium.
سلعات رخوہ ' ۱۳۶	molluscum.
سلعات زرد ' ۱۳۶	xanthelasma.
سلعات قرحیہ ' ۳۵۶	of iris.
محجر ' ۱۷۵	orbit.
ٹریل کا چمٹا ' ۲۴۳	Tyrrel's forceps.
البرک کا درجہ دار ڈھول ' ۸۲	Ulbrich's graduated drum.
قرحہ قرنیہ کا ' نازاتی ' ۳۸۱	Ulcer of cornea, catarrhal.
عمیق ' ۳۸۲	deep.
شجر شکی ' ۳۸۵	dendriform.
مزدوج عصیوی ' ۳۸۳	diplobacillary.
عملی ' ۳۸۵	herpetic.
سرایت زدہ ' ۳۸۲	infected.
حاشیئی حلقہ نما ' ۳۸۴	marginal ring.
مورین کا ' ۳۸۴	Mooren's.
قرنیہ کا ' ۳۷۳	of cornea.



غضروف الجفنی دویرہ ، ۱۰۴	Tarsal cyst.
سلعہ ، ۱۰۴	tumour.
جفن دوزی ، ۱۲۷	Tarsorrhaphy.
غضروف الجفن ، ۹۴	Tarsus.
قرنیہ کا عمل توشیم ، ۳۱۷	Tattooing cornea.
توشیمی سوزن ، ۳۱۷	needle.
ٹیل کا مسبار ، ۱۵۳	Teale's probe.
دانت ، ہیچنسنی ، ۳۰۱	Teeth, Hutchinsonian.
ٹینن کا غلاف ، ۱۶۴	Tenon's capsule.
التهاب غلاف ٹینن ، ۱۷۳	Tenonitis.
تناؤ مقلہ کا ، ۱۲ - ۳۰۸ - ۳۱۹	Tension of eyeball.
امتحان بذریعہ تختہ سیاہ ، ۲۹	Test, black board.
موم بتی کے ذریعہ ، ۲۹	candle.
یدی ، ۲۸	hand.
امتحانی حروف ناخواندہ اشخاص کے لیے ، ۲۳	types for illiterates.
گرین کے ، ۲۲ - ۲۳	Green's.
جیگر کے ، ۲۶ - ۲۷	Jaeger.
سنیلن کے ، ۲۰ - ۲۱ - ۲۳	Snellen's.
نظریۂ چشم بین ، ۶۴	Theory, ophthalmoscope.
تہیرش کی جلدی پیوند کاری ، ۱۲۶	Thiersch's skin-grafting.
علامت ، جوف کھف کی کی ، ۱۷۲	Thrombosis of cavernous sinus.
تمش پیم ، شیائوٹس کا ، ۱۷	Tonometer of Schiotz.
ٹک کا چاقو ، ۲۵۲	Took's knife.
ٹوٹی کا عملیہ ، ۱۵۹	Toti's operation.
حتر (روہ ، کیکرے) ، ۲۲۹	Trachoma.
کے سریری اقسام ، ۲۳۳	clinical varieties.
کی پیچیدگیاں ، ۲۳۴	complications.
کی بحث اسباب ، ۲۳۷	etiology.
میں اعتصار ، ۲۴۲	expression in.
کی دانہ دار قسم ، ۲۳۰	granular form.
میں احتکاک ، ۲۴۵	grattage in.
کی غلووط قسم ، ۲۳۲	mixed form.
کی حلیمی قسم ، ۲۳۰	papillary form.



چمچہ ' ۱۵۶	Spoon.
فولکمن کا ' ۱۵۸	Volkmann's.
نازلت بہار ' ۲۵۶	Spring catarrh.
اور ریڈیئم ' ۲۵۹	and radium.
حول ' ۳-۷	Squint (strabismus).
نبقہ عنبہ ' ۲۰۴	Staphylococcus.
عنبرہ مقدم ' ۳۳۰	Staphyloma, anterior.
ہدی ' ۳۳۰	ciliary.
قرنیہ ' ۳۰۷	corneal.
استوائی ' ۳۳۰	equatorial.
کبیسہ ' ۳۳۰	intercalary.
مؤخر ' ۳۸۹	posterior.
صلبیہ ' ۳۳۰	scleral.
تنگ جھری یا سوراخ ' ۳۱۱	Stenopæic slit.
اسٹریٹ فیلڈ سنیلن کا عملیہ ' ۱۱۵	Streatfeild-Snellen operation.
نبقہ سبجیہ ' ۲۰۴ - ۲۰۳	Streptococcus.
شعرہ یا گودا بھجی ' ۱۰۲	Stye.
مسبار ' دمعی ' ۱۵۵	Style, lacrymal.
زیر ملتحمی نرف ' ۲۶۵	Subconjunctival haemorrhage.
سطحی مدقظ التهاب قرنیہ ' ۳۰۴	Superficial punctate keratitis.
تثیحی التهاب قرنیہ ' ۲۷۲	Suppurative keratitis.
بالائی مشیمیہ ' ۳۷۹	Suprachoroid.
سطع ساقری ' ۸۰	Surface, shagreen.
متلی جفی التصاق ' ۲۵۹ - ۲۳۶	Symblepharon.
حتر میں ' ۲۳۶	in trachoma.
مشار کی رمد ' ۳۹۶	Sympathetic ophthalmia.
التصاق قرحیہ ' مقدم ' ۱۳ - ۲۷۷	Synechia, anterior.
مؤخر ' ۱۳ - ۲۲۰	posterior.
آتشک اجفان ' ۱۰۱	Syphilis of the eyelids.
آتشکی التهاب مشیمیہ و شبکیہ ' ۳۸۸	Syphilitic choroïdo-retinitis.
التهاب قرحیہ ' ۳۵۳	iritis.
پچکاری ' دمعی ' ۱۵۱	Syringe, lacrymal.



صلبیہ — بسلسلہ سابق	Sclera.— <i>continued</i>
کا عنبہ ، ۳۳۰	staphyloma of.
التهاب صلبیہ ، ۳۲۴-۳۲۸	Scleritis.
التهاب صلبیہ و مشیمیہ ، ۳۸۹	Sclero-choroiditis.
صلبیہ شگافی ، مقدم ، ۲۵۶	Sclerotomy, anterior.
گلا کوما میں ، ۲۵۶	in glaucoma.
موخر ، ۲۵۶	posterior.
مغرفہ ، بردی ، ۱۰۷	Scoop, chalazion.
اسکوپولامین ، ۳۵۰	Scopolamine.
ظلمہ یا تیرہ ، ۳۴	Scotoma.
خنازیری رمد ، ۲۴۸	Scrofulous ophthalmia.
ثانوی گلا کوما ، ۲۵۹	Secondary glaucoma.
شیوخی شدہ داخلی ، ۱۱۱	Senile entropion.
حس لونی ، ۱۹-۲۰-۳۷	Sense, colour.
شکل ، ۱۹	form.
نوری ، ۱۹-۲۰-۳۶	light.
قرحہ ساعیہ قرنیہ کا ، ۲۸۲	Serpent ulcer, cornea.
جوف مصفاقی ، ۱۶۳-۱۷۸	Sinus, ethmoidal.
جہمی ، ۱۶۳-۱۷۷	frontal.
انفی ، ۱۶۳-۱۷۷	nasal.
خزانہ مقدم کا ، ۲۱۶	of the anterior chamber.
وتدی ، ۱۶۳-۱۷۸	sphenoidal.
جلدی پیوند کاری ، ۱۲۶	Skin-grafting.
تہیرش کی ، ۱۲۶	Thiersch's.
ولفس کی ، ۱۲۶	Wolfe's.
شگافی چراغ ، گل اسٹرانڈ کا ، ۷۸-۷۹	Slit-lamp, Gullstrand's.
نیلن کی مصنوعی آنکھ ، ۱۹۰	Snellen's artificial eye.
کے امتحانی حروف ، ۲۰-۲۱	test types.
برف کوری ، ۲۰۲	Snow-blindness.
منظاری انعکاس ، ۸۰	Specular reflection.
لیانگ کا مکشاف ، ۲۴۲	Speculum, Lang's.
وتدی جوف ، ۱۶۳-۱۷۸	Sphenoidal sinus.
عاصرہ حدقہ ، ۲۳۷-۲۵۹	Sphincter pupillae.



ریڈان بھرے خول ، ۱۷۷ - ۲۱۵	Radon seeds.
فاقد الحمرت روشنی کے ذریعہ چشم بینی امتحان ، ۶۶	Red-free light, ophthalmoscopic examination with.
انعکاس منظاری ، ۸۰	Reflection, specular.
انعکاسی راستے ، حدقی ، ۳۶۱	Reflex paths, pupillary.
استبصاری ، ۳۶۱	visual.
انعطافی قوت ، ۲۶	Refractive power.
شبکیہ ، ۷۱	Retina.
کا سریشی صلحہ ، ۲۱۲	glioma of.
لونی التهاب شبکیہ ، ۳۲ - ۳۵ - ۳۹	Retinitis pigmentosa.
باز کش ، ۱۵۶	Retractor.
ڈیسمارے کا جفنی باز کش ، ۱۲	Desmarre's lid.
عقبی تنویر ، ۸۰	Retro-illumination.
پس غضروفی دھراؤ ، ۵	Retrotarsal fold.
رثیتہ ، التهاب قرحیہ میں ، ۳۲۷ - ۳۵۲	Rheumatism, iritis in.
فیتہ نما التهاب قرحیہ ، ۳۰۵	Ribbon-shaped keratitis.
قرحہ ، قارضہ ، اجفان کا ، ۱۳۸	Rodent ulcer of eyelids.
بیلن دار چٹا ، ٹیپ کا ، ۲۲۲	Roller forceps, Knapp's.
تشقق ، مشیمہ کا ، ۳۹۲	Rupture of choroid.
تاجہ دمعی ، ۱۲۳	Sac, lacrymal.
سمیش کا طریقہ ، ۲۹۳	Saemisch's method.
سامنی چکٹی ، ۲۹۸	Salmon-coloured patch.
سالورسان ، ۳۰۳	Salvarsan.
لحمی صلحہ ، مشیمہ کا ، ۲۰۸	Sarcoma, choroid.
اجفان کا ، ۱۳۷	eyelids.
نشر ، ۱۰۷	Scalpel.
شیٹوٹس کا تنش پیم ، ۱۷	Schiotz, tonometer of.
قنال شلم ، ۳۶۸ - ۴۱۷	Schlemm's canal.
قینچی ، انقافی ، ۱۸۰	Scissors, enucleation.
خمیدہ قنرحی ، ۲۲۲	iris, curved.
صلبیہ کی تشریح ، ۳۲۳	Sclera, anatomy of.
کے امراض ، ۳۲۳	diseases of.
کے تضررات ، ۲۳۱	injuries of.



رسوبات شفیف قرنی، ۹۰	Precipitates, pellucid keratic.
شیب نظری، ۲۲۹	Presbyopia.
مسبار، کاؤپر کے، ۱۵۲	Probes, Cowper's.
ٹیل کے، ۱۵۲	Teale's.
مسبار (سلائی) گزارنا، قنات انہی میں، ۱۵۳	Probing nasal duct.
تہدل مقلہ، ۱۶۶	Proptosis.
کاذب سریشی سلعہ، ۳۹۲	Pseudo-glioma.
ناخنہ (ظفرہ)، ۲۶۲	Pterygium.
استرخاء الجفن، ۱۳۰	Ptosis.
کے لیے عملیات، ۱۳۲	operations for.
ہیس کے، ۱۳۳	Hess's.
موتیز کے، ۱۳۲	Motais'.
نابض ججوظ، ۱۷۲	Pulsating exophthalmos.
نقاط دمعیہ، ۱۲۳	Puncta lacrymalia.
کی خلاف قاعدگیاں، ۱۲۵	anamolies.
حدقہ (پتلی)، ۱۲ - ۳۵۹	Pupil, the.
حدقی توفیق، ۱۲	accomodation.
آرگائل رابرٹسنی حدقہ، ۳۶۳	Argyll-Robertson.
حدقی استدقاق یا تقارب، ۱۲	convergence.
حدقہ کا اتساع، ۵۳	dilatation of.
کی مسدودی، ۳۴۷	occlusion of.
کا اعتزال، ۳۴۶	seclusion of.
حدقی غشا، ۳۳۸	Pupillary membrane.
انعکاسی عصی راستے، ۳۶۱	reflex nerve paths.
ریمی التهاب ملتحمہ، ۲۱۳	Purulent conjunctivitis.
رضیعی ریمی التهاب ملتحمہ، ۲۲۰	infantile.
ریمی التهاب جسم ہدبی، ۳۷۷	cyclitis.
قائچی التهاب ملتحمہ، ۲۲۸	Pustular conjunctivitis.
ریڈیئم، ۱۳۸ - ۱۷۶ - ۲۲۵ - ۲۱۱ - ۳۱۵	Radium.
اور قرحہ قارضہ، ۱۳۸	rodent ulcer and.
اور نازلت بہار، ۲۵۹	spring catarrh and.
اور روہ، ۲۲۵	trachoma and.



عظمی سلعہ ، ۱۷۶	Osteoma.
جس ، ۱۲	Palpation.
قدحہ جفنی ، ۴	Palpebral aperture.
سبل ، ۲۳۵ - ۲۷۳ - ۳۰۳	Pannus.
التهاب کل العین ، ۴۰۴	Panophthalmitis.
حلیمہ ، ۵۶ - ۶۸	Papilla, See Optic disc.
بزول ، التهاب قرنیہ میں ، ۳۵۳	Paracentesis in iritis.
بزول قرنیہ ، ۲۹۲ - ۳۰۳	of cornea.
سنخیتی التهاب قرنیہ ، ۲۹۷	Parenchymatous keratitis.
پاریناڈی التهاب ملتحمہ ، ۲۴۷	Parinaud's conjunctivitis.
مریض کی روئداد ، ۲	Patient, history of.
قملات (جوئیں) ، ۹۷	Pediculi.
ادراک نور ، ۲۴	Perception of light.
انثقاب قرنیہ ، ۲۷۶	Perforation of the cornea.
محیط پیما ، ۳۰	Perimeter.
سمحاتی التهاب عجری ، ۱۶۷	Periostitis, orbital.
محیطی بصارت ، ۲۸	Peripheral vision.
محیط شگافی ، ۲۴۶	Peritomy.
اکال خلیے ، ۲۳۸	Phagocytes.
نفیطی التهاب ملتحمہ ، ۲۴۸	Phlyctenular conjunctivitis.
التهاب قرنیہ ، ۲۴۹ - ۲۷۲	keratitis.
نور پیما ، ۳۹	Photometer.
نور ترسی ، ۲۵۱	Photophobia.
ضمور بصلہ ، ۴۰۵	Phthisis bulbi.
فعلیاتی تنذیر الارص ، ۷۰	Physiological cuppings of disc.
پائلو کارپین ، گلاکوما میں ، ۴۳۹	Pilocarpin in glaucoma.
شحیمہ ، ۲۶۲	Pinguecula.
آشوب چشم ، ۲۰۳	'Pink eye'.
پلاسیڈو کا قرص ، ۸	Placido's disc.
تکوینی التهاب جسم ہدی ، ۳۷۳	Plastic cyclitis.
ثنیہ ہلالی ، ۱۹۵	Plica semilunaris.
ربوی نبقہ ، ۲۰۴	Pneumococcus.



رمد - بسلسلہ سابق	Ophthalmia.— <i>continued</i>
نومولود ، ۲۲	neonatorum.
کا حفظ ماقدم ، ۲۲۳	prophylaxis.
خنازیری ، ۲۲۸	scrofulous.
التهاب چشم ، مشارکی ، ۳۹۷	Ophthalmitis, sympathetic.
کے علامات ، ۳۹۸	symptoms.
کے نظریات ، ۴۰۱	theories of.
کا علاج ، ۴۰۲	treatment.
عینیات ، ۱	Ophthalmology.
چشم بین ، ۴۵	Ophthalmoscope.
برقی چشم بین ، ۴۰	electric.
چشم بین کے ذریعہ امتحان ، ۴۹	examination by.
بالواسطہ امتحان ، ۵۸	direct.
بالواسطہ امتحان ، ۵۴	indirect.
مے کی ، ۴۷	May's.
مورٹن کی ، ۴۷	Morton's.
غیر منور ، ۴۸	non-luminous.
عاکس قسم ، ۴۵	reflecting form.
ازخود منور قسم ، ۴۵	self-luminous type.
نظریہ چشم بین ، ۶۳	theory of.
چشم بینی ، فاقد الحمرت روشنی کے ذریعہ ، ۶۶	Ophthalmoscopy with red-free light.
بصری قرص ، ۵۶ - ۶۸	Optic disc.
کی تنقیر ، ۷۰ - ۳۳۳	cupping of.
بصری قزحیہ برآری ، ۴۴۸	Optical iridectomy.
عجری یا چشم خانہ کی تشریح ، ۱۶۲	Orbit, anatomy of.
کے امراض ، ۱۶۶	diseases of.
کے تضمرات ، ۱۸۱	injuries of.
کے سلعات ، ۱۷۵	tumours of.
عجری خلوی التهاب ، ۱۷۰	Orbital cellulitis.
ردا ، ۱۶۳	fascia.
سمجاقی التهاب ، ۱۶۷	periostitis.
اھتزاز ، ۳۶۲	Oscillation.



عملیات — بسلسلہ سابق	Operations.—continued
ہیس ' ۱۳۳	Hess's.
قرحیہ برآری برائے گلاکوما ' ۴۴۱	iridectomy for glaucoma.
غلانی قرحیہ برآری ' ۳۵۸	iridocystectomy.
اطناب قرحیہ ' ۴۵۵	iridotasis.
قرحیہ شگافی ' ۳۵۸	iridotomy.
قرحیہ ' ۳۵۸ - ۴۴۱	iris.
جیشی آرلٹ کا ' ۱۱۴	Jaesche-Arlt.
محروطی قرنیہ کے لئے ' ۳۱۰	keratoconus.
نیپ کا ' ۱۲۵	Knapp's.
کرون لین کا ' ۱۹۱ - ۱۷۷	Kronlein's.
لاگرانز کا ' ۴۵۳	Lagrange.
موتیز کا ' ۱۳۴	Motais'.
میٹول کا ' ۱۸۹	Mule's.
بز قرنیہ ' ۳۹۲	paracentesis, cornea.
التهاب قرحیہ میں ' ۴۵۳	in iritis.
قنات انفی میں مسبار گزارنا ' ۱۵۳	probing nasal duct.
استرخاء الجفن ' ۱۳۲	ptosis.
سیمش کا (قرحہ) ' ۲۹۴	Saemisch's (ulcer).
صلبیہ شگافی ' ۴۵۶	sclerotomy.
جلدی پیوند کاری ' ۱۲۶	skin-grafting.
تشنجی شترہ داخلی ' ۱۱۷	spastic entropion.
اسٹریٹ فیلڈ سنیلن کا ' ۱۱۵	Streatfeild-Snellen.
جفن دوزی ' ۱۲۷	tarsorrhaphy.
ٹوٹی کا ' ۱۵۹	Toti's.
ارتکاس الاهداب ' ۱۱۳	trichiasis.
وی - وائی (شترہ خارجیہ کے لئے) ' ۱۲۴	V Y (ectropion).
ویسٹ کا ' ۱۵۹	West's.
وہارٹن جونز کا ' ۱۲۴	Wharton Jones's.
ورتھ کا ' ۳۱۳	Worth's.
رمد ' ۱۹۸	Ophthalmia.
مصری ' ۲۳۷	Egyptian.
سوزاکی ' ۲۱۳	gonorrhœal.



عینی معبر تنویر ' ۷۴	Ocular transilluminator.
اذیما ، وعائی عصبانی ' ۹۹	Edema, angio-neurotic.
اجفان کا ' ۹۸	of the lids.
عہات ، قرنیہ کے ' ۲۵ - ۲۳۶ - ۳۱۲	Opacities, cornea.
کے وسائل ' ۵۱	media.
عملیات ، ایڈم کے (شترہ خارجیہ) ' ۱۲۳	Operations, Adam's (ectropion)
ترقیح الحفن ' ۱۲۴	blepharoplasty.
قنالجہ شگافی ' ۱۵۲	canaliculus slitting.
ترقیع الماق یا ماق پیوندی ' ۱۱۷	cathoplasty.
ماق شگافی ' ۱۱۹	canthotomy.
ترشحی ندبہ بنائے کے لئے ' ۴۴۹	cicatrix, leaking.
مخروطی قرنیہ کے لئے ' ۳۱۱ - ۳۱۲	conical cornea.
قرنیقی صلیبتی تر فان کاری ' ۴۵۰	corneo-scleral trephining.
رق پاشیدگیء مدبیہ ' ۴۵۵	cyclodialysis.
ڈیفن بسخ کے ' ۱۲۵	Dieffenbach's.
ازدواج الاهداب کے لئے ' ۱۰۸	distichiasis.
شترہ خارجی کے لئے ' ۱۲۳	ectropion.
برق پاشیدگی ' ۱۰۹	electrolysis.
ایلیٹ کے (گلا کوما کے لئے) ' ۴۵۰	Elliot's (glaucoma).
شترہ داخلی کے لئے ' ۱۱۳	entropion.
انقاف کرہ چشم ' ۱۸۳	enucleation of eyeball.
رماقہ کے لئے ' ۱۳۵	epicanthus.
نتف الشعر ' ۱۰۹	epilation.
حشایاری مقلہ ' ۱۸۸	evisceration of eyeball.
استیصال تاجہ دمعی ' ۱۵۶	excision of lacrymal sac.
حشایاری محجر ' ۱۹۲	exenteration of the orbit.
اعتصار (دبا کر نیچوڑنا) ، ککروں میں ' ۲۴۲	expression, trachoma.
کرہ چشم ' ۱۸۳	eyeball.
فرك ' ۱۲۵	Fricke's.
گلا کوما ' ۴۴۱	glaucoma.
هربرٹ کی ترمیم ، اسٹریٹ فیلڈ سنیلن کے	Herbert's modification of
عملیہ کی ' ۱۱۶	Streatfeild-Snellen.
صلبیہ براری ' ۴۵۳	sclerotomy.



موئیلر کے تماسی شیشے ' ۳۱۲	Mueller's contact glasses.
میٹول کا عملیہ ' ۱۸۹	Mule's operation.
سادیو یا ترمرے ' ۳۵	Muscae volitantes.
عضلہ ' ہڈی ' ۳۶۶	Muscle, ciliary.
رافعۃ الجفن ' ۹۳	levator palpebrae.
محیطہ جفنیہ ' ۹۳	orbicularis.
«لحم شحمی» مظروحات ' ۳۷۲	'Mutton fat' deposits.
انبساط حدقہ ' ۳۲۹ - ۳۵۶	Mydriasis.
بوسع حدقہ دوا ' ۵۳	Mydriatics.
کوتاہ نظر اشخاص ' ۱۴	Myopes.
قصر البصر میں التهاب مشیمیہ ' ۳۸۹	Myopia, choroiditis in.
قصر البصری ہلال ' ۳۸۹	Myopic crescent.
شامہ ' ۱۳۶	Nævus.
اتنی قنات ' ۱۴۲	Nasal duct.
میں مسبارات ' ۱۵۳	probing.
اجواف ' ۱۷۷	sinuses.
بصارت قریبہ ' ۲۵	Near vision.
سحابیہ ' ۹ - ۳۱۵	Nebula.
عمل توشیم بذریعہ سوزن ' ۳۱۷	Needle tattooing.
بصری راستے ' ۳۶۱	Nerve paths.
نیڈل شپ کا موسع ' ۱۴۹	Nettleship's dilator.
عصب شللی التهاب قرنیہ ' ۳۷۳ - ۳۹۵	Neuro-paralytic keratitis.
نوزائیدہ میں التهاب ملتحمہ ' ۲۲۲	New-born, conjunctivitis in.
طبعی قعر ' ۶۸	Normal fundus.
نوات ' بالغ ' ۸۵	Nucleus, adult.
مضغی ' ۸۶	embryonic.
جنینی ' ۸۵	fœtal.
رضیعی ' ۸۵	infantile.
معروضی امتحان ' آنکھ کا ' ۴۱	Objective examination of eye.
تنبیر مؤرب ' ۴۲	Oblique illumination.
مسدودی حدقہ ' ۳۴۷	Occlusion of pupil.



چوٹ کے حرقات ، ۲۶۶	Lime burns.
لسٹر کا محیط پیما ، ۳۰	Lister perimeter.
حصائییت ملتحمہ ، ۳۰۹	Lithiasis of the conjunctiva.
کلاں نظری ، ۳۸۲	Macropsia.
لطخہ ، ۳۱۵ . ۹	Macula.
اصفر ، ۷۲	lutea.
تساقط اهداب ، (طرط) ۹۷	Madarosis.
حاشیئی قرحہ ، قرنیہ کا ، ۲۸۴	Marginal ulcer, cornea.
مے کی برقی چشم بین ، ۴۷	May's electric ophthalmoscope.
میلومی دویرہ ، ۱۰۴	Meibomian cyst.
غدد ، ۹۳ - ۹۴	glands.
میلانیی اجمی سلعہ ، ۳۰۸	Melano-sarcoma.
غشا مے رامش ، ۱۹۵	Membrana nictitans.
غشائی التهاب ملتحمہ ، ۲۲۴	Membranous conjunctivitis.
سجائی التهاب ، ۳۹۴	Meningitis.
سجائی قیلہ ، ۱۷۶	Meningocele.
مسخ البصر ، ۳۸۱	Metaomorphosis.
میدان بصارت کے امتحان کے طریقے ، ۲۸	Methods of investigating field of vision.
مقیاسی مکواۃ ، ۲۹۲	Metri cautery.
صغر العین یا خرد چشمی ، ۱۸۲	Microphthalmos.
خرد نظری ، ۳۸۲	Micropsia.
خرد بین ، دو چشمی ، ۷۵	Microscope, binocular.
قرائی ، ۷۷ - ۷۹	corneal.
جاورسہ ، ۱۳۶	Milium.
قابض حدقہ دوا ، ۵۴	Miotic.
مال کے غدد ، ۹۳	Moll, glands of.
سلعات رخوہ ، ۱۳۶	Molluscum.
قرحہ مورین ، ۲۸۳	Mooren's ulcer.
موریکس ایکمن فیلڈ کا عصیہ ، ۲۰۴ - ۱۰۹	Morax-Axenfeld bacillus.
مورٹن کی چشم بین ، ۴۷	Morton's ophthalmoscope.
موتیز کا عملیہ برائے استرخاء الجفن ، ۱۳۴	Motais' ptosis operation.
قیلہ مخاطیہ ، ۱۴۷	Mucocele.



دمعی - بسلسلہ سابق	Lacrymal.— <i>continued</i>
افراز، ۱۴۴	secretion.
مسبار، ۱۵۵	style.
پیکاری، ۱۵۱	syringe.
تدمع، ۳	Lacrymation.
لیو و گلاؤ کوسان، ۴۴۰	Lævo-glaucosan.
خرگوش چشمی، ۱۳۰-۱۶۹	Lagophthalmos.
لاگرانز کا عملیہ، ۴۵۳	Lagrange operation.
ورقہ منطقی، ۸۴	Lamella, zonular.
ورقہ غربالی، ۳۲۴	Lamina cribrosa.
زجاجی، ۳۸۰	vitrea.
لیانگ کا منظار العین، ۴۴۳	Lang's eye-speculum.
جانبی تنویر، ۴۲	Lateral illumination.
ترشچی ندبہ، ۴۴۹	Leaking cicatrix.
جونسکیں، ۳۵۱	Leeches.
عدسہ کی ساخت، ۸۳	Lens, architecture of.
کا نوات، ۸۵	nucleus.
دھانہ یا معروضی عدسہ، ۵۴	objective.
عدسہ کی ساخت، ۸۳	structure of.
کی درزین، ۸۶	sutures.
بیاض القرنیہ یا بیاضہ، ۹-۳۱۵	Leucoma.
ملتصق، ۲۴۷-۲۴۵	adherent.
میں توشیم، ۳۱۷	tattooing in.
جفنی بازکش، ڈیسماری کا، ۱۳	Lid retractor Desmmare's.
پپوٹے - دیکھو اجفان، ۹۲	Lids. <i>See</i> Eyelids.
جفنی تمہیج، ۹۸	œdema of.
رباطات جفنی، ۹۴	Ligaments, palpebral.
غضروف الجفنی، ۹۴	tarsal.
رباط مشطی، ۴۱۶	Ligamentum pectinatum.
فرق نور، ۳۹	Light difference.
اقلیہ نور، ۳۹۷	Light minimum.
حس نور، ۱۹-۲۰-۳۹	Light sense.
حد قرنیہ، ۲۷۹	Limbus corneæ.



التهاب قرنیہ — بسلسلہ سابق	Keratitis.— <i>continued</i>
منقط، ۳۰۶ - ۳۷۲	punctata.
(ڈیسیمیٹی التهاب)، ۳۷۲	(descemetitis).
فیتہ نما، ۳۰۵	ribbon-shaped.
تصلب پذیر، ۳۰۵ - ۳۲۸	sclerosing.
سطحی منقط، ۳۰۴	superficial punctate.
تیزی، ۲۷۲	suppurative.
عروقی، ۲۳۵	vascular.
عروقی سحابی، ۲۳۵ - ۲۷۳ - ۳۰۳	vasculo-nebulous.
حویصلی، ۲۷۳ - ۳۰۳	vesicular.
جفوی، ۲۹۶	xerotic.
مخروطی قرنیہ، ۳۱۰	Keratoconus.
کروی قرنیہ، ۳۱۴	Keratoglobus.
لینت قرنیہ، ۲۷۹ - ۲۹۶	Keratomalacia.
قرنیہ تراش، ۴۴۸	Keratome.
قرنیہ بین، پلاسٹک و کا، ۹	Keratoscope, Placido's.
نیپ کا طریقہ ترقیع الجفن، ۱۲۵	Knapp's blepharoplasty.
کے کلایب شتر، داخلی، ۱۱۲	entropion forceps.
کے ہیلن دار کلایب، ۲۴۲	roller forceps.
چاقو بیئر کا، ۱۰۷	Knife, Beer's.
ٹک کا، ۴۵۲	Took's.
ویبر کا، ۱۴۹	Weber's.
کاخ ویکس کا عصیہ، ۳۰۳	Koch-Weeks bacillus.
کرون لین کا عملیہ، ۱۷۷ - ۱۹۱	Kronlein's operation.
دمعی آلہ کی تشریح، ۱۴۲	Lacrymal apparatus, anatomy of.
کے امراض، ۱۴۶	diseases of.
التهاب ملتحمہ، ۱۴۸ - ۳۰۲	conjunctivitis.
غده، ۱۴۲	gland.
نقاط، ۴	puncta.
تاجہ، ۱۴۳	sac.
کا خراج، ۱۶۸	abscess of.
کا امتیصال، ۱۵۶	excision of.



التهاب قزحیہ۔ بسلسلہ سابق	Iritis.— <i>continued</i>
کی تفریقی تشخیص ۳۴۲	differential diagnosis.
کی بحث اسباب ۳۴۷	etiology.
سوزا کی ۳۵۴	gonorrhœal.
میں بزل ۳۵۳	paracentesis in.
کی امراضیات ۳۴۷	pathology.
رہتی ۳۵۲	rheumatic.
عفونی ۳۵۵	septic.
کے عواقب ۳۴۶	sequelæ.
اسفنجی ۳۴۱	spongy.
کے معروضی علامات ۳۴۰	symptoms, objective.
کے موضوعی علامات ۱۴۱	subjective.
آتشکی ۳۵۲	syphilitic.
کا علاج ۳۴۹	treatment.
تدرنی ۳۵۵	tuberculous.
جیگر کے امتحانی حروف ۲۶	Jæger's test-types.
جیشی آرلٹ کا عملیہ ۱۱۴	Jæsche-Arlt operation.
التهاب قرنیہ ۲۷۱	Keratitis.
حبابی ۳۰۴	bullosa.
شجرشکل ۲۸۵	dendriiform.
قرص نما ۳۰۶	disciformis.
قرنیہ کے کھلا رہنے کی وجہ سے ۲۹۴	due to exposure.
حزمی ۲۵۰	fascicular.
نملی ۲۸۵	herpetic.
کوشکی ریمی ۲۸۲	hypopyon.
رخنکی ۲۹۷	interstitial.
عصبی شلای ۲۹۵	neuro-paralytic.
غیر تقيجی ۳۰۳	non-suppurative.
سنخیتی ۲۹۷	parenchymatous.
ذیبطی ۲۴۹	phlyctenular.
عمیق ۳۰۵	profunda.



رخنکی التهاب قرنیہ ، ۲۹۷	Interstitial keratitis.
دروں چشمی سلعات ، ۲۰۸	Intra-ocular tumours.
آیوڈین ، قرحہ قرنیہ میں ، ۲۸۹	Iodine in corneal ulcer.
قرحیہ برآری ، ۲۲۱	Iridectomy.
کے داعیات ، ۲۲۷	indications for.
گلا کوما میں ، ۲۲۳	in glaucoma.
عنبہ میں ، ۳۰۹	in staphyloma.
بصری ، ۲۲۸	optical.
التهاب قرحیہ و جسم ہدی ، حاد ، ۳۶۹	Iridocyclitis, acute.
مزمن ، ۳۷۰	chronic.
تکوینی ، ۳۷۳	plastic.
ریمی ، ۳۷۷	purulent.
مصلی ، ۳۷۳	serous.
مشارکی ، ۳۹۷	sympathetic.
غلانی قرحیہ برآری ، ۳۵۸	Iridocystectomy.
قرحیہ پاشیدگی ( تخلیص قرحیہ ) ، ۳۵۷	Iridodialysis.
اطناب قرحیہ ، ۲۵۵	Iridotasis.
قرحیہ شکافی ، ۳۵۸	Iridotomy.
قرحیہ کی تشریح ، ۳۳۵	Iris, anatomy of.
قرحی زاویہ ، ۲۱۷-۲۲۲	angle.
قرحیہ بارز ، ۳۲۷	bombe.
کے امراض ، ۳۳۵	diseases of.
کا امتحان ، ۱۳	examination of.
قرحی کلاب ، خمیدہ ، ۲۲۲	forceps, curved.
خطاف ، کند ، ۲۲۸	hook, blunt.
تضررات ، ۳۵۶	injuries.
قرحیہ پر عملیات ، ۳۵۸-۳۲۱	operations upon.
قرحی قینچی ، خمیدہ ، ۲۲۲	scissors, curved.
قرحیہ کے سلعات ، ۳۵۶	tumours of.
التهاب قرحیہ ، ۳۳۹	Iritis.
کے سریری اقسام ، ۳۵۳	clinical varieties.
کی پیچیدگیاں ، ۳۲۵	complications.
ذیابیطسی ، ۳۵۵	diabetic.



دگر محوری ' ۷	Heterophoria.
ارتشاع حدقہ ' ۳۶۳	Hippus.
هوم ایٹروپین ' ۵۳	Homatropine.
خطاف ' کند ' قرحیتی ' ۴۴۸	Hook, iris, blunt.
شعیرہ ' ۱۰۲	Hordeolum.
قرنی تختی ' ۱۱۲	Horn plate.
هیچنسنی دانت ' ۳۰۱	Hutchinsonian teeth.
استسقاء العین (گاؤچشمی) ' ۱۸۲ - ۲۶۱	Hydrophthalmos (buphthalmos).
هیاسیامین ' ۳۵۰	Hyoscyamine.
نرف خزانہ مقدم (دروں چشمی نرف) ' ۱۳ - ۳۴۱	Hyphaema.
کوشکی ریم ' ۱۳ - ۲۷۵ - ۳۴۱	Hypopyon.
کوشکی ریمی التهاب قرنیہ ' ۲۸۲	Keratitis.
تنویر ماسکی ' ۴۲	Illumination, focal.
راست ' ۸۰	direct.
جانبی ' ۴۲	lateral.
مؤرب ' ۴۲	oblique.
بالواسطہ طریقہ ' چشم بین کے ذریعہ امتحان کا ' ۵۴	Indirect method, ophthalmoscope.
شیرخواروں کا معائنہ ' ۱۰	Infant, examination of.
رضیعی ریمی التهاب ملتحمہ ' ۲۲۰	Infantile, purulent conjunctivitis.
اشراب ' ہڈی ' ۱۹۶	Injection, ciliary.
ملتحمی ' ۱۹۶	conjunctival.
تضررات جسم ہڈی ' ۳۷۷	Injuries, ciliary body.
ملتحمہ ' ۲۶۶	conjunctiva.
قرنیہ ' ۳۱۸	cornea.
اجفان ' ۱۳۸	eyelids.
قرحیہ ' ۳۵۶	iris.
محجر ' ۱۸۱	orbit.
صلبیہ ' ۳۳۱	sclera.
گزیدگیء حشرات ' ۱۳۸	Insect bites.
معائنہ ' ۳	Inspection.



گلا کوما — بسلسلہ سابق	<i>Glaucoma—continued</i>
میں تناؤ ، ۲۲۸	tension in.
کا علاج ، ۲۳۷	treatment.
کے اقسام ، ۲۱۹	varieties.
گلا کوما پیالہ - گلا کوما تنقیر ، ۳۶۴	<i>Glaucomatous cup.</i>
اکتہاف ، ۳۶۴	excavation.
ہالہ ، ۲۲۵	halo.
حلقہ ، ۲۲۵	ring.
حالت ، ۲۲۳	state.
سریشی سلعہ شبکیہ کا ، ۲۱۳	<i>Glioma of the retina.</i>
کاذب ، ۳۹۲-۹۰	pseudo-,
گولڈ کلورائیڈ ، ۳۱۸	<i>Gold chloride.</i>
سوزاکی نبتی جدرین ، ۳۵۴-۲۱۷	<i>Gonococcal vaccine.</i>
سوزاکی التهاب قرحیہ ، ۳۵۴	<i>Gonorrhœal iritis.</i>
رمد ، ۲۱۳	ophthalmia.
التهاب مہبلی ، ۲۲۱	vaginitis.
پیوند ، جلدی ، ۱۲۶	<i>Grafts, skin.</i>
دانہ دار التهاب ملتحمہ ، ۲۲۹	<i>Granular conjunctivitis.</i>
ککری (حشر) ، ۲۲۹	lids.
احتکاک ، ککریوں میں ، ۲۲۵	<i>Grattage in trachoma.</i>
گل اسٹرانڈ کی قرنیاتی خردبین ، ۷۸-۷۹	<i>Gullstrand's corneal microscope.</i>
نوف ، زیر ملتحمہ ، ۲۶۵	<i>Hæmorrhage, subconjunctival.</i>
نوفی گلا کوما ، ۲۶۰	<i>Hæmorrhagic glaucoma.</i>
یدی امتحان ، ۲۸	<i>Hand test.</i>
نیم بصری ، ۳۴	<i>Hemianopsia.</i>
ہربرٹ کا عملیہ ، ۱۱۶	<i>Herberts operation.</i>
صلبیہ شگافی ، ۲۵۴	sclerotomy.
نملہ قرنیاتی ، ۲۸۵	<i>Herpes corneæ.</i>
حمائی ، ۹۹	febrilis.
منطقی عینی ، ۱۰۰	zoster ophthalmicus.
نملی قرحہ ، ۲۸۵	<i>Herpetic ulcer.</i>
ہیس کا عملیہ ، ۱۳۳	<i>Hess's operation.</i>



غدد دمعیہ ، ۱۴۲	Gland's lacrymal.
میلومی ، ۹۳	Meibomian.
مال کے ، ۹۳	of Moll.
دھنی ، ۹۴	sebaceous.
زیس کے ، ۹۳	of Zeiss.
کانچ پھونکنے والوں کا موتیابند ، ۸۴	Glass blowers' cataract.
گلاکوما ، مطلق ، ۴۲۵	Glaucoma, absolute.
حاد امتلائی ، ۴۲۰	acute congestive.
درجہ ، ۴۲۲	stage.
کی تشریح ، ۴۱۶	anatomy.
مزمن امتلائی ، ۴۲۷	chronic congestive.
التهابی ، ۴۲۸	inflammatory.
پیدائشی ، ۱۸۲ - ۴۶۱	congenital.
میں دویرہ نمائندہ ، ۴۴۷	cystoid cicatrix in.
کے بعد انحطاط ، ۴۲۶	degeneration after.
کی تفریق تشخیص ، ۴۳۵	differential diagnosis.
میں ایلٹسٹ کا عملیہ ، ۴۵۰	Elliott's operation.
میں انقاف ، ۴۳۹	enucleation in.
میں ایسیرین ، ۴۴۰	eserine in.
کی بحث اسباب ، ۴۳۰	etiology.
خاطف ، ۴۲۷	fulminans.
نزفی ، ۴۶۰	hæmorrhagic.
میں قزحیہ برآری ، ۴۴۱	iridectomy.
میں اظناب قزحیہ ، ۴۵۵	iridotasis.
زاویہ قزحیہ ، ۴۱۷	iris angle.
کے لیے عملیات ، ۴۴۱	operations in.
کی پیدائش ، ۴۳۳	pathogenesis.
کی امراضیات ، ۴۴۳	pathology of.
کا درجہ مندرہ ، ۴۲۱	prodromal stage.
کا انذار ، ۴۳۷	prognosis.
میں صلیبہ شگافی ، ۴۵۶	sclerotomy in.
ثانوی ، ۴۵۹	secondary.
سادہ ، ۴۲۸	simple.



میدان بصارت — بسلسلہ سابق	Field of vision.— <i>continued</i>
کے امتحانات، ۲۸ - ۲۹	tests for.
انگشت شماری، ۲۴	Finger counting.
ناسور قرنیہ کا، ۲۷۸	Fistula of cornea.
تثبیتی کلاب، ۴۴۲	Fixation forceps.
لمعہ یا دمک، ۸۹	Flare.
فلورسین قرحہ قرنیہ میں، ۲۷۵ - ۲۹۰	Fluorescein in corneal ulcer.
امتحان میں، ۹	in examination.
ماسکی تنویر، ۴۲	Focal illumination.
جراحی نازلت، ۲۱۰	Follicular catarrh.
التهاب ملتحمہ، ۳۱۰	conjunctivitis.
فٹانا کی فضا میں، ۴۱۷	Fontana, spaces of.
کلایب اهدانی (موچینہ)، ۱۱۰	Forceps, cilia.
خمیدہ قرحی، ۴۴۲	curved iris.
شترہ داخلی، نیپ کے، ۱۱۲	entropion, Knapp's.
تثبیتی، ۴۴۲	fixation.
یلن دار، نیپ کے، ۲۴۲	roller, Knapp's.
ٹریل کے، اعتصاری، ۲۴۳	Tyrrel's expression.
اجسام غریبہ، ملتحمہ کے، ۳۶۶	Foreign bodies, conjunctiva.
قرنیہ کے، ۳۱۸	cornea.
انکے لیے اوزار، ۳۱۹	instruments for.
اجنبی پروٹین، ۳۵۱	protein.
حس شکل، ۹۹	Form sense.
قبوہ ملتحمہ، ۱۹۴	Fornix conjunctivae.
نقرہ مرکزی، ۲۸ - ۷۳	Fovea centralis.
فرک کی ترقیع الجفن، ۱۲۴	Fricke's blepharoplasty.
جہی جوف، ۱۷۷	Frontal sinus.
وظیفی یا فعلی امتحان، آنکھ کا، ۱۹	Functional examination of the eye.
قعر چشم کا امتحان، ۵۴ - ۵۸	Fundus oculi, examination of.
طبعی قعر چشم، ۶۸	normal.
قعر معکوسہ، ۵۱	reflex.
گیلوانی مکواة، ۲۹۰	Galvano-cautery.



آنکھ - بسلسلہ سابق	Eye.— <i>continued</i>
طویل النظر، ۵۱ - ۶۱	hypermetropic.
قصیر البصر، ۵۱ - ۶۱	myopic.
مقلہ یا کرۂ چشم، ۱۶۳	Eyeball.
کی پیدائشی خلاف قاعدگیان، ۱۸۲	congenital anomalies of.
کا انقاف، ۱۸۳	enucleation of.
کی حشار آری، ۱۸۸	evisceration of.
کا تناؤ، ۱۵	tension of.
اجفان کے عوارض، ۹۲	Eyelids, affections of the.
کی تشریح، ۹۲	anatomy of.
کے حرقات، ۱۴۰	burns of.
کا سرطانی سلعہ، ۱۳۷	carcinoma of.
کے کوفتہ زخم، ۱۴۰	contused wounds of.
کا کدم، ۱۳۹	ecchymosis of.
کا نفاخ، ۱۴۰	emphysema of.
کے شگافتہ زخم، ۱۳۹	incised wounds of.
کے تضرعات، ۱۳۸	injuries of.
کی گزیدگیء حشرات، ۱۳۹	insect bites of.
کے دریدہ زخم، ۱۴۰	lacerated wounds of.
کی فعلیات، ۹۲	physiology of the.
کا قرحۂ قارضہ، ۱۳۸	rodent ulcer.
کا اجمی سلعہ، ۱۳۷	sarcoma of.
کی آتشک، ۱۰۱	syphilis of.
کے سلعات، ۱۳۶	tumours of.
کی گاؤ چپچک، ۱۰۲	vaccinia.
رویک، قرنی، ۲۷۵	Facet, corneal.
رداء مججری، ۱۶۴	Fascia, orbital.
حرمی التهاب قرنیہ، ۲۵۰	Fascicular keratitis.
لیبی سلعہ، ۱۳۶	Fibroma.
میدان الوان، ۳۸	Field for colours.
بصارت، ۱۹ - ۲۰ - ۲۸	of vision.
میں محیط پیما، ۳۰	perimeter in.



برصلیتی التهاب — سلسلہ سابق	Episcleritis.— <i>continued</i>
عارضی نوبی، ۳۳۷	transient periodic.
سرحدی سلعہ، پیوٹوں کا، ۱۳۷	Epithelioma, eyelids.
نقائص انعطاف، ۶۳ - ۶۳	Errors of refraction.
سرخابادہ، ۱۵۹	Erysipelas.
مصفااتی جوف، ۱۶۳ - ۱۷۸	Ethmoidal sinus.
یوقتہالمن، ۵۳	Euphthalmine.
الثانہ، پیوٹے کا، ۴	Eversion of eyelid.
حشاہر آری مقلہ، ۱۸۸	Evisceration of eyeball.
امتحان چشم، ۱	Examination of the eye.
حسن لون، ۳۷	colour sense.
شیرخواروں کی آنکھوں کا، ۱۰	eyes of infants.
میدان بصارت، ۳۸	field of vision.
وظیفی (فعلی)، ۲ - ۱۹	functional.
قرحیہ، ۱۳	iris.
معروضی، ۲ - ۴۱	lens.
عدسہ، ۲۶ - ۵۰	objective.
خزانہ مقدم کا، ۱۳	of anterior chamber.
چشم بین کے ذریعہ بلا واسطہ، ۵۸	ophthalmoscopic, direct.
فاصلہ سے، ۴۹	distant.
بالواسطہ، ۵۴	indirect.
موضوعی، ۲ - ۱۹	subjective.
طفحی التهاب ملتحمہ، ۳۰۳	Exanthematous conjunctivitis.
عمل قطع، کرہ چشم کا، ۱۸۳	Excision, eyeball.
تاجہ دمعہ کا، ۱۵۶	lacrymal sac.
حشاہر آری، مججری کی، ۱۹۲	Exenteration of the orbit.
جحوظ العین، ۱۶۶	Exophthalmos.
جحوظ نابض، ۱۷۲	pulsating.
وعا بدری، خون کی، ۹۲	Extravasation of blood.
آنکھ، مصنوعی، ۱۹۰	Eye, artificial.
سنیلن کی، ۱۹۱	Snellen's.
ناقص البصر، ۵۱ - ۶۱	ametropic.
کا امتحان، ۱	examination of.



یابس نازلت، ۲۰۷	Dry catarrh.
ڈوبائسین، ۳۵۰	Duboisine.
کدم اجفان، ۱۳۸	Ecchymosis, eyelids.
شترہ خارجیہ کے لیے آئیڈم کا عملیہ، ۱۲۱-۱۲۳	Ectropion, Adam's operation for.
ندبی، ۱۲۰	cicatricial.
کے لئے عملیات، ۱۲۳	operations for.
شللی، ۱۲۰	paralytic.
شیوخی، ۱۲۰	senile.
شنجی، ۱۲۰	spasmodic.
رمد مصری، ۲۳۷	Egyptian ophthalmia.
برق چشم بین، ۴۷	Electric ophthalmoscope.
برق پاشیدگی، ۱۰۹	Electrolysis.
ایلیٹ کا عملیہ، گلاکوما کے لیے، ۴۵۰	Elliott's operation, glaucoma.
بصارت طبعی، ۵۹	Emmetropia.
نفاخ، پیوٹوں کا، ۱۳۰	Emphysema, eyelids.
خوص یا غورالعین، ۱۶۷	Enophthalmos.
شترہ داخلی، ۱۱۱	Entropion.
ندبی، ۱۱۱	cicatrical.
نیپ کا کلایپ، ۱۱۲	forceps, Knapp's.
کے لیے عملیات، ۱۱۳	operations for.
جیشی آرلٹ کا عملیہ، ۱۱۴	Jaeshee-Arlt.
اسٹریٹ فیالڈ سنیلن کا عملیہ، ۱۱۵	Streatfeild Snellen.
شیوخی، ۱۱۱	senile.
شنجی، ۱۱۱	spasmodic.
تشنجی، ۱۱۷	spastic.
انقاف کرہ چشم، ۱۸۳	Enucleation of the eyeball.
گلاکوما میں، ۴۳۹	in glaucoma.
برماقہ، ۱۳۵	Epicanthus.
تف الشعر (موچینی)، ۱۰۹	Epilation.
دما ع (ڈھلکا)، ۱۴۵	Epiphora.
برصلبیتی بافت، ۱۹۴	Episcleral tissue.
برصلبیتی التهاب، ۳۲۵-۳۲۷	Episcleritis.



شجر شکل — بسلسلہ سابق	Dendriiform.—continued
قرحہ (قرنیہ) ۲۸۵	ulcer (cornea).
ادمی دویرہ ۱۷۶	Dermoid cyst.
غشائے ڈیسیمیٹ ۳۷۰	Descemet's membrane.
ڈیسیمیٹی التهاب ۳۰۶-۳۷۲	Descemetitis.
ڈیسمارے کا جفنی بازکش ۱۲	Desmarre's lid retractor.
برقی حرارت رسانی ۱۰۷-۱۱۰-۳۴۰	Diathermy.
ڈیفن باخی ترقیع الجفن (جفن پیوندی) ۱۲۳	Dieffenbach's blepharoplasty.
اتساع، پتلی کا ۵۳	Dilatation of pupil.
موسع، نیٹل شپ کا ۱۲۹	Dilator, Nettleship's.
ڈایونین ۳۹۲-۳۱۶-۳۲۷-۳۵۱	Dionin.
ڈیفٹیریائی التهاب ملتحمہ ۲۲۵	Diphtheritic conjunctivitis.
موریکس ایکسن فیلڈ کا مزدوج عصیہ ۲۰۲-۲۰۹	Diplo-bacillus of Morax-Axenfeld.
بلا واسطہ طریقہ، چشم بین کے ذریعہ امتحان کا ۵۸	Direct method, ophthalmoscopic examination.
قرص کا اکٹھاف ۳۲۳	Disc, excavation of.
بصری ۵۶-۶۸	optic.
پلاسیڈو کا ۸	Placido's.
صبوب (اخراج) ۳	Discharge.
قرص نما عتمیت ۳۰۶	Disc-shaped opacity.
مرض	Disease:
مشیمیہ کا ۳۷۹	choroid.
جسم ہدبی کا ۳۶۸	ciliary body.
ملتحمہ کا ۹۲-۱۹۳	conjunctiva.
قرنیہ کا ۳۶۸	cornea.
قرحیہ کا ۳۳۵	iris.
محجر (چشم خانہ) کا ۱۶۳	orbit.
صلبیہ کا ۳۲۳	sciera.
عنبدی خطہ کا ۳۶۸	uveal tract.
مقطع کند ۱۵۶	Dissector, blunt.
بصارت بعیدہ ۲۰	Distant vision.
ازدواج الاهداب کا عملیہ ۱۰۸	Distichiasis, operation for.
منفرج شعاعیں ۶۲	Divergent rays.



قرنیہ — بسلسلہ سابق	Cornea.— <i>continued</i>
کے زخم، ۳۲۱	wounds of.
قرآتی رویک، ۳۷۵	Corneal facet.
مکبر، ۴۴	magnifier.
خردبین، ۷۷-۹۰	microscope.
رسوبات، ۹۰-۳۴۶-۳۷۳	precipitates.
قرحہ میں ایٹروپین، ۳۸۶	ulcer, atropine in.
کے سریری اقسام، ۳۸۱	clinical forms.
میں فلورسین، ۹-۳۷۵	fluoresceine in.
میں آیوڈین، ۳۸۹	iodine in.
ساعیہ، مارییچ قرحہ - قرحہ دیبہ، ۳۸۳	serpent (ulcer serpens)
قرنی صلیبی قرنان کاری، ۴۵۰	Corneo-scleral trephining.
قشرہ، ۸۵	Cortex.
کاؤپر کے مسبار (سلاٹیاں)، ۱۵۳	Cowper's probes.
کریڈے کا طریقہ حفظ ماتقدم، ۳۳۳	Crede's prophylaxis.
کرونی التهاب ملتحمہ، ۳۳۸	Croupous conjunctivitis.
تتیرالقرص، ۷۰	Cupping of disc.
روئی، حملی، ۸۹	Currents, convection.
التهاب جسم مدنی، ۳۶۸	Cyclitis.
خفیف، ۳۶۹	mild.
ریمی، ۳۷۷-۳۹۱	purulent.
شدید، ۳۷۳	severe.
رق پاشیدگی، ہدیہ، ۴۵۵	Cyclodialysis.
دویرہ میبومی، ۱۰۴	Cyst, Meibomian.
غضروف الحقیقی، ۱۰۴	tarsal.
دویرہ نمائندہ، ۴۴۷	Cystoid cicatrix.
التهاب غدد دمعیہ، ۱۴۷	Dacryoadenitis.
التهاب ناجعہ دمعی، حاد، ۱۵۹	Dacryocystitis, acute.
مزمن اور قرنی سرایت، ۱۴۷	chronic and corneal infection
خطرناک منطقہ، ۳۷۸	Dangerous zone.
تاریک حجرے کا امتحان، ۴۱	Dark-room examination.
شجرشکل التهاب قرنیہ، ۳۸۵	Dendriform keratitis.



التهاب ملتحمہ - بسلسلہ سابق	Conjunctivitis.— <i>continued</i>
نفیظی، ۲۲۸	phlyctenular.
ریمی، ۲۱۲	purulent.
قائمی، ۲۲۸	pustular.
حثری، روئے یا ککرمے، ۲۲۹	trachomatous.
ضربی، ۲۰۲	traumatic.
تماسی شیشے، ۳۱۲	Contact glasses.
انقباض، مساوی یا ہم مرکز، ۳۳	Contraction, concentric.
بے قاعدہ، ۳۳	irregular.
ضرب متقابل سے ضرر، ۱۸۲	Contrecoup, injury by.
مخروط، ۳۸۹	Conus.
نہایت، ۲۱۲	Convalescence.
حلی روئیں، ۸۹	Convection currents.
توتیا ئے سبز، ۲۲۱	Copper sulphate.
قرنیہ کا خراج، ۲۸۵	Cornea, abscess of.
کی تشریح، ۲۶۸	anatomy of.
کے حرقات، ۳۲۱	burns of.
مخروطی، ۳۱۰	conical.
کے امراض، ۲۶۸	diseases of.
کامعائنه، ۸	inspection of.
شیرخواروں میں، ۱۰	in infants.
کا ناسور، ۲۷۸	fistula of.
میں اجسام غریبہ، ۳۱۸	foreign bodies in.
کا التهاب، ۲۷۱	inflammation of.
کی چوٹیں، ۳۱۸	injuries of.
کے عیانت، ۸-۳۱۲	opacities of.
کا بزل، ۲۹۲	paracentesis of.
کا انثقاب، ۲۷۶	perforation of.
کے بروز، ۳۰۷	protrusions of.
کی حساسیت، ۱۰	sensitiveness of.
کا غنبہ، ۳۰۷	staphyloma of.
کی توشیم، ۳۱۷	tattooing.
کا قرحہ، ۲۷۳	ulcer of.



ملتحمہ - بسلسلہ سابق	Conjunctiva.— <i>continued</i>
کابصلی حصہ، ۱۹۴	bulbar portion of.
کے حرقات، ۲۶۶	burns of.
کے امراض، ۱۹۳	diseases of.
پر اجسام غریبہ، ۲۶۶	foreign bodies on.
قبوہ کا، ۱۹۴	of the fornix.
زیر ملتحمی نرف، ۲۶۵	hæmorrhage under.
ملتحمہ کا اشراب، ۱۹۶	injection of.
کی چوٹیں، ۲۶۶	injuries of.
کی حصاتیت، ۲۰۹	lithiasis of the.
کے زخم، ۲۶۶	wounds of.
کا جفوف، ۲۳۷	xerosis of.
التهاب ملتحمہ، ۱۹۸	Conjunctivitis.
حاد نازاتی، ۱۹۹	acute catarrhal.
وبائی، ۲۰۳	epidemic.
مخاطی ریمی، ۱۹۹	muco-purulent.
سادہ، ۱۹۹	simple.
بالغی ریمی، ۲۱۳	adult purulent.
زاویائی، ۲۰۹	angular.
نازاتی، نوزائیدہ بچہ میں، ۲۲۴	catarrhal, in new-born.
مزمن نازاتی، ۲۰۶	chronic catarrhal.
سادہ، ۲۰۲	simple.
کروپی، ۲۲۸	croupous.
تفریقی تشخیص، ۳۴۲	differential diagnosis.
ڈفٹیریائی، ۲۲۵	diphtheritic.
طفحی، ۲۰۳	exanthematous.
جراحی، ۲۰۵-۲۱۰	follicular.
سوزاکی، ۲۱۳	gonorrhœal.
دانہ دار، ۲۲۹	granular.
رضیعی ریمی، ۲۲۰	infantile purulent.
دمعی، ۱۴۸-۲۰۲	lacrymal.
غشائی، ۲۲۴	membranous.
پاریناڈی، ۲۴۷	Parinaud's.



التهاب مشیمیہ - بسلسلہ سابق	Choroiditis.— <i>continued</i>
ریمی، ۳۹۱	purulent.
شیوخی مرکزی، ۳۸۷	senile central.
آتشکی، ۳۸۸	syphilitic.
مشیمی شبکیۃ التهاب، ۳۸۱	Choroido-retinitis.
آتشکی، ۳۸۸	syphilitic.
ترشچی ندبہ (ندبہ مرتشح)، ۴۵۰	Cicatrix, leaking.
اهداب (پلکیں)، ۹۲	Cilia.
اهدابی کلابیب (موچینہ)، ۱۰۹	forceps.
اهداب کی بے محلّی، ۱۰۸	misplaced.
ہدبی جسم کی تشریح، ۳۶۶	Ciliary body, anatomy of.
کے امراض، ۳۶۶	diseases of.
کے تضمرات، ۳۷۷	injuries of.
اشراب، ۱۹۶	injection.
عضلہ، ۳۶۶	muscle.
زوائد، ۳۶۷	processes.
خطہ، ۱۴	region.
الیمیت، ۱۵-۳۶۹	tenderness.
کو کین بطور موسع، ۵۳	Cocaine as dilator.
قطور یا چشم شوئے، ۲۱۰	Collyria.
شفاق، مشیمیہ کا، ۳۳۹-۳۹۳	Coloboma of choroid.
قزحیہ کا، ۲۳۸-۳۹۲-۴۴۶	of iris.
رنگ سیری، ۳۸	Colour saturation.
حسن لون، ۱۹-۳۷	sense.
تلوین، ۳۱۷	Colouring.
میدان الوان، ۳۸	Colours, field for.
تجمیدات ملتحمہ، ۲۰۸	Concretions, conjunctival.
پیدائشی خلاف قاعدگیان، کریہ چشم کی، ۱۸۲	Congenital anomalies of eye-ball.
مخروطی قرنیہ، ۳۱۰	Conical cornea.
کے لیے عملیہ، ۳۱۳	operation for.
ملتحمہ، ۹۲	Conjunctiva.
کی تشریح، ۱۹۳	anatomy of.



اندراج حالات، ۱	Case-taking.
موتیابند (نزول الماء)، مقدم غلافی، ۲۷۸	Cataract, anterior capsular.
قطی، ۲۷۸	polar.
کالچ پھونکنے والوں کا، ۸۴	glass-blowers'.
نازلت بہار، ۲۵۶	Catarrh, spring.
نازاتی التهاب ملتحمہ، نوزائیدہ بچہ میں، ۲۲۴	Catarrhal conjunctivitis in new born.
قرحہ (قرنیٹی)، ۲۸۱	ulcer (corneal).
مکوات گیلاوانی، ۲۹۰	Cautery, galvano.
مقیامی، ۲۹۲	metri.
حراری، ۳۱۳	thermo.
جوف کیمفکی کی غلطیت، ۱۷۲	Cavernous sinus, thrombosis of.
خلوی التهاب مدجری، ۱۷۰	Cellulitis, orbital.
پردہ، ۱۰۴	Chalazion.
پردی مغرفہ، ۱۰۷	scoop.
اکولہ، ۲۰۱	Chancre.
تہیج، ۱۹۹-۲۱۳	Chemosis.
بچوں کا امتحان، ۱۰	Children, examination of.
مشیمی شعریہ، ۲۸۰	Chorio-capillaris.
مشیمیہ کی تشریح، ۳۷۹	Choroid, anatomy of.
کاذبول، ۳۸۳	atrophy of.
کاشقاق، ۳۳۸-۳۹۳	coloboma of.
کے امراض، ۳۷۹	diseases of.
کاشقاق، ۳۹۴	rupture of.
کالجمی سلعہ، ۴۰۸	sarcoma of.
کادرنہ، ۳۹۴	tubercle of.
التهاب مشیمیہ، ۳۸۰	Choroiditis.
مقدم، ۳۸۶	anterior.
مرکزی، ۳۸۷	central.
منتشر، ۳۸۵	diffuse.
منتثر، ۳۸۶	disseminated.
رشحی، ۳۸۰	exudative.
قصر البصر کا، ۳۸۹	myopic.
غیر ریمی، ۳۸۰	non-purulent.



تختہ سیاہ کے ذریعہ امتحان ' ۲۹	Black board test.
آنکھ کا نیل ' ۱۳۹	'Black eye'.
جریان مخاط، ملتحمہ کا ' ۱۳۷	Blennorrhœa of conjunctiva.
تاچہ دمعی کا ' ۲۱۳	of lacrymal sac.
التهاب الجفن ' ۹۶	Blepharitis.
ضیق الاجفان ' ۳۹	Blepharophimosis.
ترقیع الجفن ( جفن پیوندی ) ' ۱۲۳	Blepharoplasty.
ڈیفن بدخ کی ' ۱۲۵	Dieffenbach's.
فرک کی ' ۱۲۵	Fracke's.
نیپ کی ' ۱۲۵	Knapp's.
شنج الاجفان ' ۱۰ - ۱۲۹	Blepharospasm.
آشوب ( آشوب چشم ) ' ۲۰۳	'Blight' ('Pink eye').
نقطہ کور ' ۳۴	Blind spot.
شب کوری ( رتوند ) ' ۳۹	Blindness, night.
برف کوری ' ۲۰۲	snow.
غشائے بومن ' ۲۶۸	Bowman's membrane.
بلمر کا چشم پوش ' ۲۱۶	Buller's shield.
کبرالین ( گاؤ چشمی ) ' ۱۸۲	Buphthalmos.
حرقات، ملتحمہ کے ' ۲۶۶	Burns of conjunctiva.
قرنیہ کے ' ۳۲۱	cornea.
اجفان کے ' ۱۴۰	eyelids.
قنال شلیم ' ۳۶۱ - ۳۱۷	Canal of Schlemm.
قنالیچے ' ۱۷۳	Canaliculi.
خلاف قاعد گیاں ' ۱۴۵	anomalies of.
قنالیچہ شکاف چاقو ' ۱۴۹	Canaliculus knife.
شکافی ' ۱۵۲	slitting.
موم بتی کے ذریعہ امتحان ' ۲۹	Candle test.
ترقیع الماق ( ماق پیوندی ) ' عارضی ' ۱۱۹	Canthoplasty, temporary.
ماق ' ۹۳	Canthus.
غلاف ٹینن ' ۱۶۴	Capsule of Tenon.
سرطانی سلعہ، پیوٹوں کا ' ۱۳۷	Carcinoma of eyelids.
لحیمہ ' ۹۳	Caruncle.



تشریح — بسلسلہ سابق	Anatomy.— <i>continued</i>
آلہ دماغی کی، ۱۲۲	lacrymal apparatus.
طبعی قمر کی، ۶۸	normal fundus.
محجر ( چشم خانہ ) کی، ۱۶۲	orbit.
صلبیہ کی، ۳۲۳	sclera.
انور سا، شریان وریدی، ۱۷۵	Aneurism, arterio-venous.
عروق سلعہ، ۱۷۶	Angioma.
وعائی عصبانی اذیمہ، ۹۹	Angioneurotic œdema.
زاویہ قرحیہ، ۳۳۲	Angle, iris.
اقل استبصاری، ۲۱	minimum visual.
خزانہ مقدم کا، ۴۱۷	of the anterior chamber.
زاویئی التهاب ملتحمہ، ۳۰۹	Angular conjunctivitis.
لا قرحیت، ۳۳۸	Aniridia.
ملاصقہ اجفان، ۱۲۸	Ankyloblepharon.
حلقہ دار موخر التصاق قرحیہ، ۳۲۶	Annular posterior synechia.
خلاف قاعد گیان، کرۂ چشم کی، ۱۸۲	Anomalies of the eyeball.
بے چشمی، ۱۸۲	Anophthalmos.
خزانہ مقدم، ۱۲	Anterior chamber.
مرض مغارہ، ۱۸۰	Antrum disease.
لاعدسیت، ۱۳	Aphakia.
خزانہ آبی، ۴۱۶	Aqueous chamber.
رطوبت مائیہ، ۴۱۸	humour.
حلقہ شیخوخیت، ۲۷۱	Arcus senilis.
آرگائل رابرٹسنی حدقہ، ۳۶۳	Argyll-Robertson pupil.
مرکزی شبکی شریان، ۷۰	Arteria centralis retinae.
شریانی نبضان ( قرص کے مقام پر )، ۴۲۵	Arterial pulsation (disc).
مصنوعی آنکھیں، ۱۹۰	Artificial eyes.
زجاجیہ، ۱۸۹	vitreous.
ذبول، مشیمی، ۳۸۳	Atrophy, choroidal.
شعاعہ - عمود نور، ۷۸	Beam (of light).
بیر کا چاقو، ۱۰۷	Beer's knife.
بیرومی پردہ، ۳۶	Bjerrum's screen.

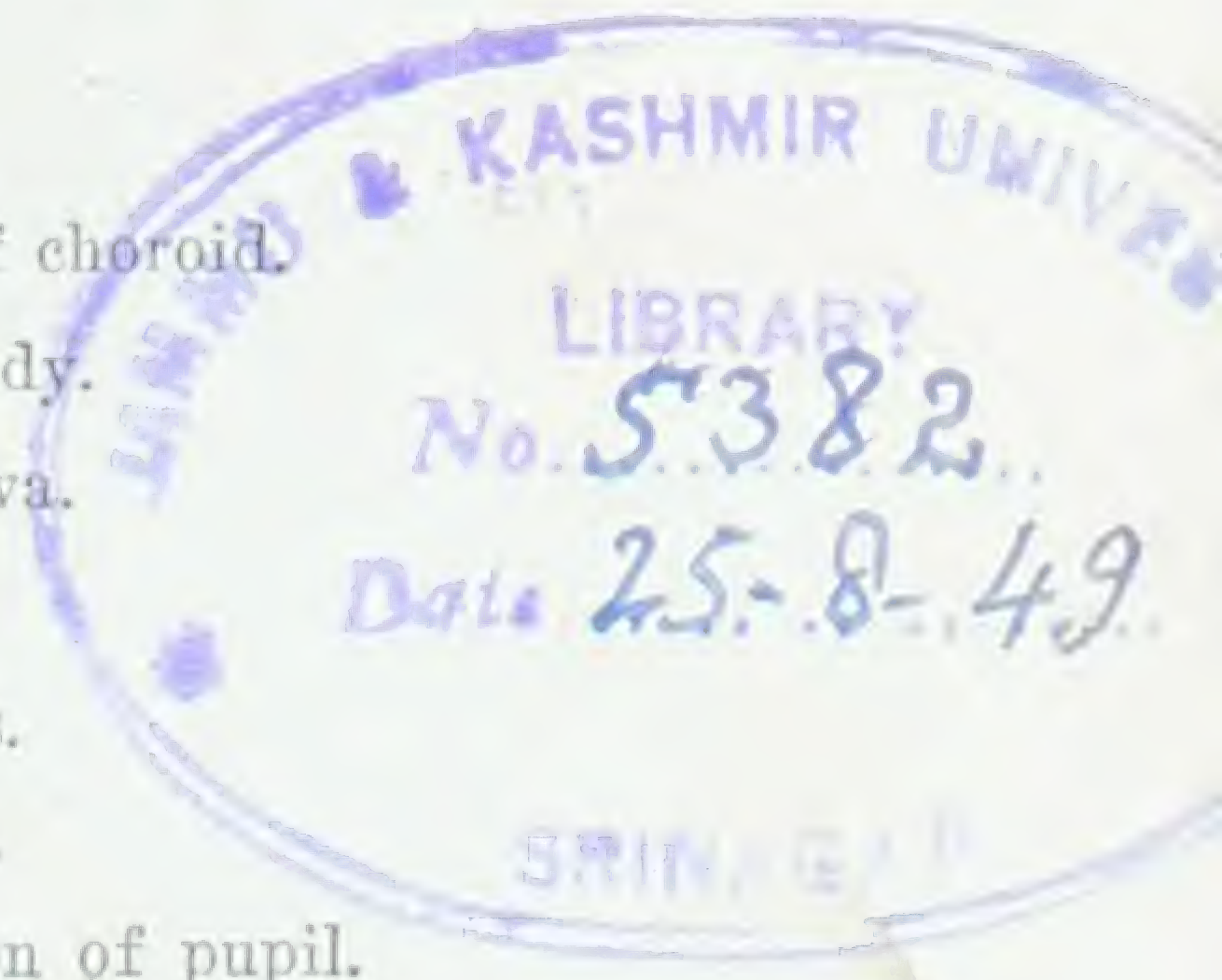


اشاریہ

## امراض چشم

جلد اول

خراج قرنیہ ۳۸۵	Abscess, cornea.
اجفان کا ۹۸ - ۱۰۳	eyelids.
تاجہ دمعی کا ۱۵۹	lacrymal sac.
محجری ۱۶۸	orbital.
برید ۳۰۹	Abcission.
الکحل مطلق ۳۸۹	Absolute alcohol.
مستزاد انفی اجواف ۱۷	Accessory nasal sinuses.
توفیق ۱۲ - ۳۶۳	Accommodation.
تیزئی بصارت ۱۹ - ۲۰ - ۲۲ - ۴۰	Acuteness of vision.
ایڈم کا عملیہ ( شترہ خارجی ) ۱۲۳	Adam's operation (ectropion).
توافق ۱۸-۳۹	Adaptation.
ایڈرینالین ۱۵۶ - ۴۴۳	Adrenalin.
الکحل مطلق ۳۸۹	Alcohol, absolute.
کنتی گوبہ چشم ۴۱۲	Amaurotic cat's eye.
غطش تنباکی ۳۵	Amblyopia, tobacco.
سمی ۳۶	toxic.
نقص البصر ۶۱	Ametropia.
تشریح ' مشیمہ کی ' ۳۷۹	Anatomy of choroid.
جسم ہلبی کی ۳۶۶	ciliary body.
ملتحمہ کی ۱۹۳	conjunctiva.
قرنیہ کی ۲۶۸	cornea.
اجفان کی ۹۲	of eyelids.
زرق الماء کی ۴۱۶	glaucoma.
پتلی کی تعصیب کی ۳۵۹	innervation of pupil.
قرحیہ کی ۳۳۵	iris.























**ALLAMA  
IQBAL LIBRARY**

**UNIVERSITY OF KASHMIR  
HELP TO KEEP THIS BOOK  
FRESH AND CLEAN**